

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA PAPILLO-SPHINCTÉROPLASTIE MESURÉE

Résultats - 69 Observations

TRAVAIL DE L'INSTITUT MÉDITERRANÉEN DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Directeur : G. MORIN. Directeurs Adjoints : P. AUGIER ; L. BARRAYA ; P. RIVOIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 26 JUIN 1958

par

Jean-Daniel OUSTRIC

Né le 29 juillet 1926 à MARSEILLE (B.-du-R.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier

Interne des Hôpitaux de Nice

pour obtenir le grade de « DOCTEUR EN MÉDECINE »

Examineurs de Thèse

MM. les Professeurs :

ROUX, Président

LAPEYRIE, Assesseur

NÈGRE, Agrégé

MARCHAL, Agrégé

IMPRIMERIE DON-BOSCO - 40, Place du XV^e - Corps - NICE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs honoraires

MM. VILLARD, L. RIMBAUD, BOUDET.

EUZIÈRE, *doyen honoraire*, J. DELMAS, MARGOT, PECH, BAUMEL, CARRIEU.

Professeurs

Chaires

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Physiologie appliquée et pharmacodynamie
 Chimie biologique médicale et toxicologie
 Physique médicale
 Anatomie pathologique et hématologie
 Microbiologie et virologie
 Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie expérimentale
 Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Technique opératoire et chirurgie expérimentale
 Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales
 Pathologie et clinique propédeutique médicales
 Clinique médicale
 —————
 Clinique chirurgicale
 —————
 Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1^{er} âge
 Clinique de dermatologie et syphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique urologique
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale
 Clinique pneumo-ptisiologique
 Clinique rhumatologique
 Carcinologie
 Electro-radiologie

Professorat à titre personnel

Histologie

Professeurs sans chaire

Bactériologie**Maîtres de conférences agrégés et agrégés en exercice**

Anatomie GUFFRIER,
m. de c. agr.
Physiologie MACABIES m. de c. agr.
Bactériologie .. J.J. ROUX, m. de c. agr.
Parasitologie .. RIOUX, m. de c. agr.
Médecine BALMES, agr.
— BERTRAND, agr.
— LATOUR, m. de c. agr.
— MIROUZE, agr.

Chirurgie		JOYEUX, <i>agr.</i>
—		NÈGRE, <i>agr.</i>
—		ROMIEU, <i>m. de c. agr.</i>
Obstétrique		MARCHAL, <i>agr.</i>
—		DURAND, <i>agr.</i>
Pédiatrie et puériculture	..	JEAN, <i>agr.</i>
Ophthalmologie	.	VIALLEFONT, <i>agr.</i>
Neuro-chirurgie	.	GROS, <i>agr.</i>

Chargé de cours à titre permanent

Obstétrique

COLL DE CARRERA,
agrégé libre.

Enseignements complémentaires

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).

A MON PERE,

A MA MERE,

A MA GRAND-MERE,

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Georges ROUX,

qui nous fait le très grand honneur de présider cette thèse.
En témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur LAPEYRIE,

Monsieur le Professeur agrégé NEGRE,

Monsieur le Professeur agrégé MARCHAL,

Hommage respectueux.

A Notre Maître, Monsieur le Docteur Louis BARRAYA,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Par ses conseils et son exemple, il nous a donné le meilleur de notre formation. Nous lui vouons une immense reconnaissance et une très grande admiration.

Au Docteur MINICONI,

à l'amabilité de qui nous devons beaucoup dans la précision de cette statistique.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE NICE

MM. les Docteurs MALGAT,
PRAT,
NICOLAS,
GASIGLIA,
MARIAU,
DAVEO,
CIAUDO,
ROMETTI,
RAYMOND,
DARDILL,
CARTOTTO.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre reconnaissance
pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

De Janvier 1951
à..... Avril 1958

Dont
295 Lithiases

363

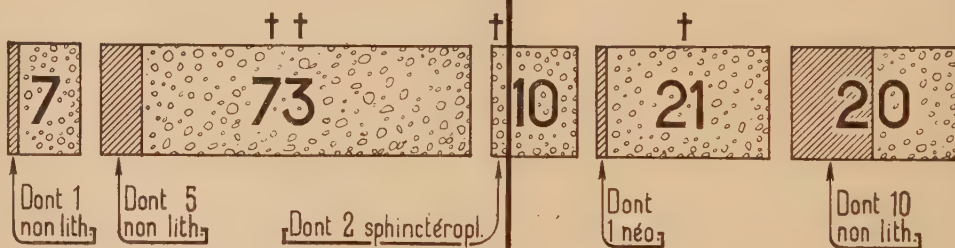
CAS DE CHIRURGIE BILIAIRE

232

Sans explor. cholédoc.



SPHINCTEROPLASTIES



↑
Sphinctérop.
à
travers
le cystique

↑
Cholédotomies
idéales
avec
sphinctéroplasties

↑
Cholédoc.
avec
drainage
externe

↑
Cholédot.
idéales
sans
sphinctérop.

↑
Anast. int.
pas
de
sphinctérop.

Tableau 1

Destiné à montrer comment s'insèrent les papillo-sphinctéroplasties dans l'ensemble de la pratique du Docteur BARRAYA.

Sur les 82 cas de sphinctéroplasties, seules ont été retenues les 69 observations qui présentent un recul d'au-moins un an.

INTRODUCTION

La chirurgie biliaire, profitant des acquisitions actuelles, est en pleine évolution. Cette technique délicate, gênée dans son développement par les difficultés opératoires, devient progressivement une chirurgie plus claire, à action plus précise et plus directement adaptée à la lésion. D'où le regain d'intérêt de ces différentes techniques et de la papillo-sphinctéroplastie en particulier, manifesté dans la littérature médicale.

Aussi, avons-nous voulu étudier 69 observations, qui constituent toutes des résultats éloignés parmi les cas de chirurgie biliaire du Dr Barraya.

Nous considérons que cette statistique constitue un bloc homogène.

— Il s'agit en effet de cas chirurgicalement purs, si l'on peut dire :

Ils ont tous été fermés par première intention, deux seulement ont été l'objet d'un drainage biliaire externe ;

La papillo-sphinctéroplastie, de dimension sensiblement identique, a été « cousue » de façon aussi exacte que possible, muqueuse duodénale à muqueuse cholédocienne. Nous éliminons donc au maximum les « parasites » qui troublent les suites proches ou éloignées, par suppression de la morbidité due au drainage biliaire externe, et par la suture exacte qui donne à la papillo-sphinctéroplastie le maximum de chance de garder en permanence la béance choisie.

— La tactique opératoire a toujours été la même depuis 1953 aux progrès près :

Toutes les interventions ont été pratiquées par le même chirurgien ;

Les mêmes manœuvres techniques, que nous détaillerons plus loin, ont été employées ;

Nous avons eu vis-à-vis du sphincter le même comportement, c'est-à-dire section permettant le passage d'un cathéter de 7 à 9 mm de diamètre.

— Tous les malades ont été revus par le Dr Barraya pendant les trois premiers mois de 1958, soit directement, soit par un questionnaire précis.

Nous avons donc un bloc homogène de 69 cas, dont 33 ont eu une étude radiographique pré-, per- et postopératoire complète. Nous avons arrêté notre étude à mars 1957 afin d'avoir un recul d'au moins un an. Le but de ce travail est d'établir une confrontation entre la technique, la tactique employée et les résultats radio-cliniques afin d'en tirer une conclusion quant au bien-fondé de la papillo-sphinctéroplastie et de certaines de ses indications.

PLAN GÉNÉRAL

I. RAPPEL ANATOMIQUE

Anatomie macroscopique :

Siège de l'implantation duodénale du cholédoque ;
Portion intra-duodénale ;
Canal cystique.

Anatomie microscopique :

Structure histologique de l'hépatocolédoque ;
La fenêtre duodénale ;
Le sphincter d'Oddi.

II. TECHNIQUE SUIVIE

Anesthésie.

Incision.

Exploration.

Cholécystectomie.

Radio-Manométrie per-opératoire :

Matériel ;

Technique.

Décollement duodéno-pancréatique.

Exploration cholédocienne.

Duodénotomie.

Papillo-sphinctéroplastie :

Technique ;

Discussion :

Rappel historique ;

Présentation de la papille ;

Etendue de la section ;

Nécessité du temps plastique ;

Proposition de terminologie.

Manœuvres complémentaires.

Suture du cholédoque.

Suture de la duodénotomie.

Drainage.

III. INDICATIONS

Dans la lithiase.

En dehors de la lithiase.

IV. RESULTATS

Généralités.

Etude détaillée :

3 décès ;

Cas non lithiasiques ;

Cas lithiasiques :

Excellents.

Corrects ;

Médiocres.

Discussion.

V. OBSERVATIONS

VI. CONCLUSIONS

RAPPEL ANATOMIQUE

Vater découvre, en 1720, le mode d'abouchement du cholédoque et du Wirsung, dans le duodénum, par un orifice commun et constate de façon inconstante l'existence d'un « diverticule de la bile » à ce niveau. Il faut attendre 1887-1888, les travaux d'Oddi, pour poser le principe d'un appareil sphinctérien à la terminaison de la voie biliaire principale. Depuis, de nombreux auteurs ont proposé différentes hypothèses parmi lesquelles nous rappellerons celles de :

- Hendrickson (1888) restée longtemps classique ;
- Letulle et Natan-Larrier (1898) ;
- Westphal (1927) ;
- enfin, l'étude de Negri (1941), collaborateur de Bengolea, qui apporte une importante contribution au problème.

I. ANATOMIE MACROSCOPIQUE.

Nous ne retiendrons que les données intéressant plus particulièrement notre sujet.

Le canal hépato-cholédoque étendu du hile du foie au duodénum, représente le tronc de l'arbre hépatique, haut en moyenne de 8 à 10 cm. Les variations de ce chiffre n'ont pas grand intérêt du point de vue pathologique. Il n'en est pas de même de son diamètre qui peut varier de 3 à 10 mm ; il est en moyenne de 5 à 7 mm. Au-delà de 10 mm, on peut considérer qu'il n'y a pas de cholédoque normal.

1° Siègne de l'implantation duodénale du cholédoque :

Celle-ci se fait sur le versant postéro-interne du bord interne ou gauche du duodénum. Son implantation en hauteur est beaucoup plus variable.

Le siège le plus fréquent est au niveau de D2, de 7 à 9 cm du pylore.

Les embouchures haut situées, à moins de 2 cm du génu supérieurs, sont beaucoup plus rares et si justement redoutées au cours des gastrectomies pour ulcus post-bulbaire. Ces implantations hautes auraient, en plus, comme particularité, de se faire sans trajet oblique intra-mural, permettant le reflux au cours du repas baryté (Caroli) (11).

Les embouchures basses, se situant très près du génu inférior ou même franchement sur D3, présentent aussi la particularité de n'avoir pas de trajet oblique, mais le reflux serait plus rare du fait de la pression intra-duodénale moindre qui siège à ce niveau. Nous concevons l'intérêt de ces notions lors de la recherche opératoire de la papille.

J. Caroli attribue une certaine importance à l'articulation de la voie principale, au niveau de son implantation dans le duodénum. La disposition la plus favorable est représentée par un abord tangentiel de la paroi duodénale par le cholédoque qui la pénètre sans angulation. Un trajet, coudé en baïonnette, doit être considéré comme une cause favorisant pour les accidents infectieux ou douloureux, d'autant plus qu'au niveau de cette angulation siégerait l'élément le plus important du système sphinctérien de l'Oddi, le sphincter cholédocus-proprieus.

2° Portion intra-duodénale :

C'est la partie la plus importante des voies biliaires. Le trajet oblique constitué par un clivage des différentes couches musculaires du duodénum représente un dispositif suffisant pour empêcher le reflux du contenu duodénal dans les voies biliaires.

Le cholédoque passe par une boutonnière à travers les fibres longitudinales de la couche duodénale externe, puis sous une sangle constituée par les fibres circulaires. La longueur du trajet intra-mural peut varier de 1 cm à 2,5 cm. Sa configuration interne varie selon le mode de jonction du Wirsung et du cholédoque.

Macroscopiquement, la disposition classique décrite par Letulle et Natan-Larrier (1898) est la suivante : « Le cholédoque terminal s'unit au canal de Wirsung pour déboucher dans une cavité commune : l'ampoule de Vater logée dans l'épaisseur même des parois duodénales et qui débouche à son tour dans la lumière duodénale, au sommet d'un relief muqueux, la caroncula major ou papille de l'ampoule. » On peut avec Négri schématiser les variations réciproques de l'ampoule et du confluent cholédoco-pancréatique (Congrès Chirurgie, 50^e Session, 1947) (fig. 1).

Quand existe une ampoule commune aux deux canaux, nous pouvons la considérer comme une cavité utérine de hauteur variable; au fond de laquelle débouchent les orifices des deux trompes représentées par nos deux canaux. L'ampoule se termine par un canal très bref qui s'ouvre à la papille. Nous la décrirons, car son repérage est souvent difficile.

L'orifice intra-duodénal de l'ampoule de Vater est situé au sommet d'une faible saillie siégeant sur la paroi interne du duodénum et portant le nom de papille majeure, grande caroncule, tubercule de Vater. Cette saillie est très variable et le PORE papil-

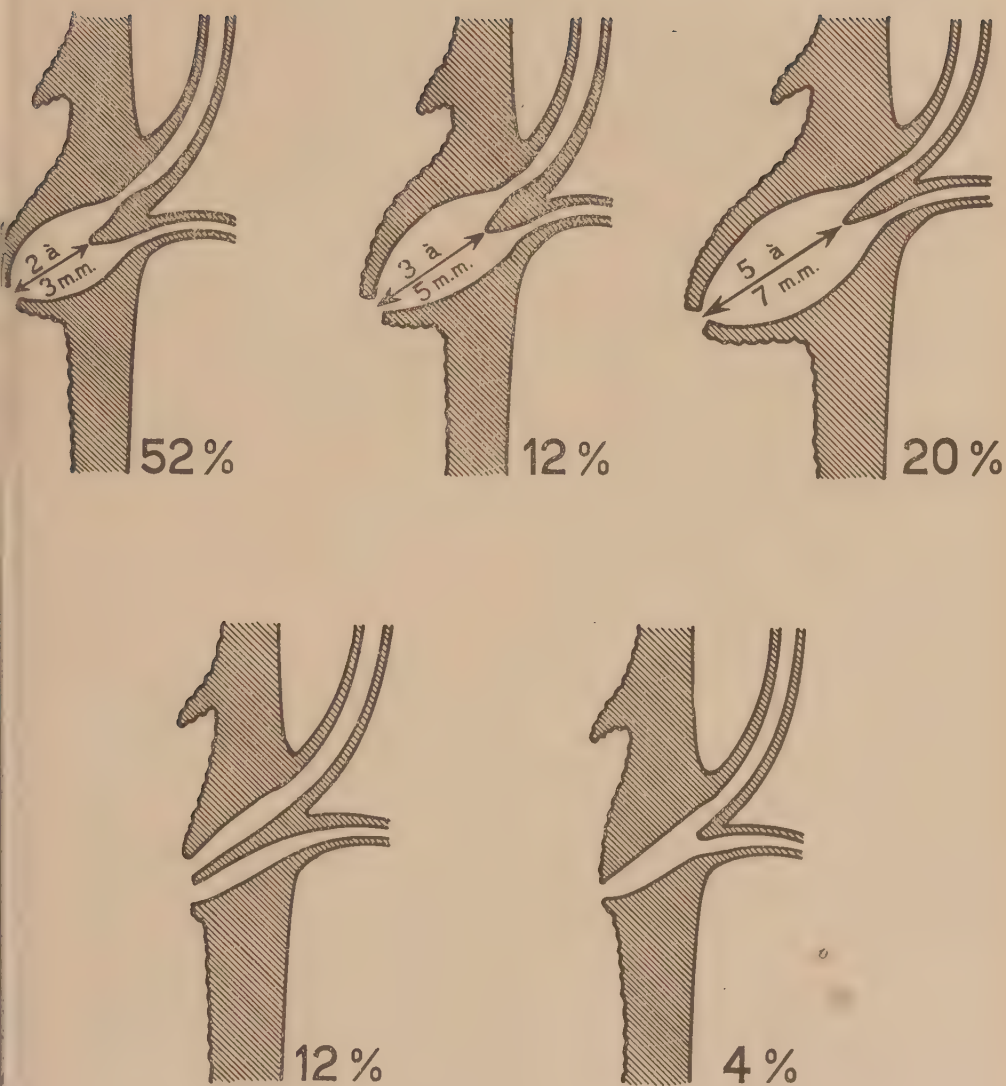


Figure 1

Les différents modes d'abouchement cholédoco-duodénal (d'après NEGRI)

laire est parfois très difficile à découvrir. La disposition des plis muqueux y aide parfois. On décrit un repli supérieur ou frein transversal, en forme de toit, qui passe en pont au-dessus, et un repli vertical inférieur ou frein inférieur : il s'insère à son pôle inférieur, descend verticalement et se divise parfois en fourche.

Quand cholédoque et Wirsung n'ont pas de canal commun, le cholédoque terminal est représenté par une cavité rétrécie dont le diamètre peut n'être que la moitié du cholédoque sus-mural. Le rétrécissement du cholédoque intra-mural n'est donc pas pathologique. Sa forme peut être figurée par la flamme renversée d'une bougie, légèrement étranglée à son origine par ce que nous verrons être le sphincter propre du cholédoque, affinée à son extrémité par le sphincter de la papille.

Le Wirsung, très rarement, s'embouche dans le cholédoque, avant le trajet intra-mural de celui-ci. Cette embouchure est totalement sus-sphinctérienne, le Wirsung semble représenter un canal collatéral du cholédoque et ce dispositif prédispose au reflux pancréatique et rend l'ensemble pancréatique plus nettement tributaire du système oddien.

Parfois, enfin (12 %), les deux canaux s'accolent en canon de fusil. Le Wirsung entoure en demi-lune le cholédoque et les deux canaux débouchent l'un au-dessus de l'autre au sommet de la papille.

3° Canal cystique.

Sans vouloir reprendre la description anatomique complète du canal cystique, nous signalerons un point particulier de sa constitution interne qui corrobore nos constatations opératoires et nous a amenés à préciser un point technique.

Nous nous efforçons d'effectuer la dissection complète, jusqu'au cholédoque du canal cystique ; cela présente le double avantage de ne pas laisser de cul-de-sac après la ligature et surtout de permettre de le cathétériser en vue de la cholangiographie peropératoire.

En effet, d'après Testut, on constate sur la paroi interne du cystique, des valvules de Heister dont les variations sont très grandes d'ailleurs. De forme semi-lunaire, elles présentent un bord adhérent, dont l'insertion est, non point horizontale, mais oblique, un bord libre, et deux extrémités libres elles aussi. Elles ne se continuent point avec les valvules adjacentes de façon à former une vis d'Archimède, comme certains l'avaient imaginé.

La disposition intriquée de ces valvules explique les difficultés que l'on a à cathétériser le cystique : car si le cathéter passe la première valvule rencontrée, il bute sur la suivante qui ménage

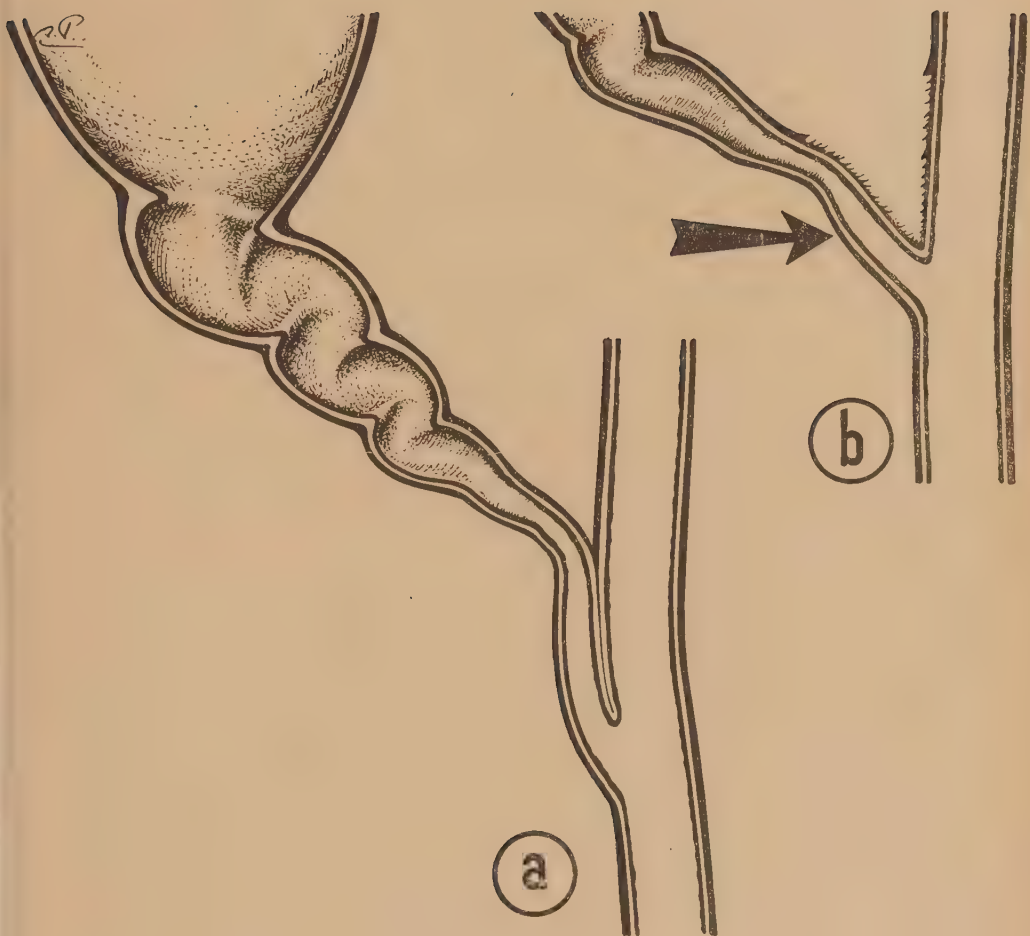


Figure 2

Schéma destiné à montrer le segment inférieur du cystique qui une fois séparé de l'hépatocolédoque devient cathétérisable. La flèche indique le point d'élection au niveau duquel nous plaçons notre cathéter en vue de la cholangiographie.

avec la paroi du canal un orifice excentré par rapport au premier franchi. Cependant, ces valvules sont surtout nombreuses dans la moitié supérieure du canal cystique, dans la moitié inférieure, elles sont beaucoup plus rares et font même souvent défaut.

Nous voyons donc l'intérêt qu'il y a à disséquer le cystique de façon très précise jusqu'à son abouchement cholédocien, afin d'avoir un segment cathétérisable en vue de la cholangiographie per-opératoire et même parfois de l'exploration instrumentale du cholédoque. Si l'on ne libère pas le segment inférieur du cystique qui chemine accolé au canal hépatique jusqu'à son abouchement, on ne peut bénéficier de ce segment avalvulé et le cathétérisme est rarement possible (fig. 2).

II. ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

1° Structure histologique de l'hépto-cholédoque :

Sur une coupe transversale nous trouvons trois tuniques :

- Interne, muqueuse riche en glandes dont on ignore la signification exacte ;
- Moyenne, beaucoup plus riche en fibres élastiques qu'en fibres musculaires ;
- Externe, enfin péritonéale.

Jamais on ne trouve de couche musculaire véritable.

Nuboer dit que les fibres musculaires manquent complètement au niveau de l'hépatique dans 67 % des cas ; elles ne sont notables que dans 16 %. Au niveau du cholédoque, elle ne manquent complètement que dans 7 % des cas et ne sont notables que dans 35 %, sans jamais constituer une véritable couche musculaire. Par contre, les éléments élastiques seraient très nombreux et ordonnés longitudinalement au niveau du cholédoque (Lutkens).

2° La fenêtre duodénale :

Nous empruntons les données suivantes aux travaux de M. Roux et R. Rettori effectués sur 42 pièces d'autopsie (62-63).

La couche musculaire de la paroi duodénale présente une couche superficielle de fibres musculaires longitudinales et une couche profonde circulaire.

L'écartement de ces éléments constitue de ce fait une fenêtre à grand axe vertical à la face superficielle, à grand axe horizontal à sa face profonde. Cette fenêtre siège sur le versant postérieur du bord gauche ou interne de D2 en général.

Nous pouvons donc lui décrire un bord antérieur et un bord postérieur, correspondant à l'écartement des fibres longitudinales :

un bord supérieur et un bord inférieur correspondant à l'écartement des fibres circulaires et constituant à ce niveau deux bourrelets de 2 mm d'épaisseur en moyenne (Poirier). Cette fenêtre a une forme grossièrement quadrilatère de 5 à 7 mm de côté. Sur sa face duodénale superficielle, on peut constater que l'écartement des fibres longitudinales constitue au-dessus et au-dessous de la fenêtre deux triangles dans l'aire desquels on distingue les couches horizontales des fibres profonds circulaires.

3° Le sphincter d'Oddi :

Les deux canaux traversent la paroi duodénale par la même fenêtre et le Wirsung est situé sur un plan antéro-inférieur par rapport au cholédoque. On peut facilement extraire, par dissection, le bloc constitué par la terminaison des deux canaux, de la fenêtre duodénale. Ce faisant, on coupe un certain nombre de fibres circulaires d'origine intestinale dont la terminaison se fait sur les deux canaux. Ce point particulier a suscité un grand nombre de controverses, mettant en jeu l'individualité propre du sphincter d'Oddi que certains voulaient n'être qu'une dépendance de la musculature duodénale.

Hendrickson, Helly, Letulle, Natan-Larrier, Boyden (53) découvrent un système indépendant.

D'autres nient tout système sphinctérien analogue aux autres sphincters de l'organisation.

Nous allons schématiquement envisager les différentes conceptions pour considérer l'évolution des idées.

Le schéma des fibres papillaires d'Hendrickson, longtemps resté classique, présente des éléments musculaires nettement annexés aux canaux et énumère différentes catégories de fibres dont l'intérêt s'est amenuisé devant les conceptions actuelles. Dardinsky, par contre, attribue à la paroi intestinale la majeure partie des fibres circulaires capables de rétrécir le cholédoque.

Les fibres autonomes, plus profondes, à direction oblique ne pourraient que redresser la papille et ouvrir sa lumière.

Westphal fait un parallèle entre le système de l'Oddi et celui de la portion antro-pylorique de l'estomac. Il distingue un antrum qui est représenté par la portion pré et intra-murale du cholédoque et un pylore représenté par un petit anneau sphinctérien à l'extrémité de la papille : PYLORULUS (11-53).

La portion duodénale se contractant sous l'effet du vague et étant paralysée par le sympathique, le sphincter de la papille recevrait une innervation inverse.

Actuellement, la conception de Négri nous semble adoptée généralement (Congrès de Chirurgie, 1947 (Caroli). Maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas).

Grâce à une série considérable de coupes étagées, transversales et longitudinales, pratiquées sur le fœtus et l'adulte, il décrit un **triple système sphinctérien** (fig. 3).

a) **Un sphincter propre de la papille**, composé de fibres circulaires, semi-circulaires et longitudinales, correspondant au pylorus de Westphal, étendu sur 5 à 6 mm de hauteur, son bord supérieur se confondant avec les bords inférieurs des sphincters du cholédoque et du Wirsung ; son bord inférieur se constituant avec la Muscularis Mucosæ duodénale. Son diamètre mesure 4 à 5 mm (Roux-Rettori) (62-63). Mais sa lumière, comme celle du cholédoque terminal, est encombrée par d'abondantes franges muqueuses.

b) **Un sphincter cholédocien** : étagé sur 8 à 15 mm de hauteur ; constitué d'abord par des fibres circulaires plus quelques fibres longitudinales moins denses et plus superficielles. Ce sphincter est constitué avant sa pénétration dans l'épaisseur de la paroi duodénale.

Sa limite supérieure est distante, en haut et à droite, de 3 à 4 mm de la fenêtre duodénale, en bas et à gauche, elle n'en est distante que de 1,5 mm (Rettori). On peut considérer que la moitié du sphincter cholédocien est située en dehors de la paroi duodénale. Son épaisseur est difficile à mesurer vu son intrication avec de nombreux éléments glandulaires, point sur lequel nous reviendrons.

On distingue à ce sphincter cholédocien deux étages :

— Un étage supérieur : sphincter cholédocus proprius, en partie étendu hors de la fenêtre duodénale, bien constitué par un anneau musculaire surtout développé à sa partie antéro-supérieure ;

— Un étage inférieur : s'étendant du pôle supérieur de l'ampoule jusqu'au muscle duodénal, engainant également le Wirsung. Il constitue le sphincter commun aux deux canaux.

b) Le **sphincter pancréatique** qui est bien moins nettement constitué, n'entourant pas toute la circonférence du canal et, même d'après Négri, ne mériterait guère son nom de sphincter du Wirsung.

Il s'étend sur 3 mm, 5 à 4 mm de hauteur dont les 3/4 inférieures sont dans la musculature duodénale.

Leger et Lataste ont isolé à 10 mm au-dessus, un sphincter accessoire sur lequel l'accord ne semble pas avoir été réalisé (Roux-Rettori).

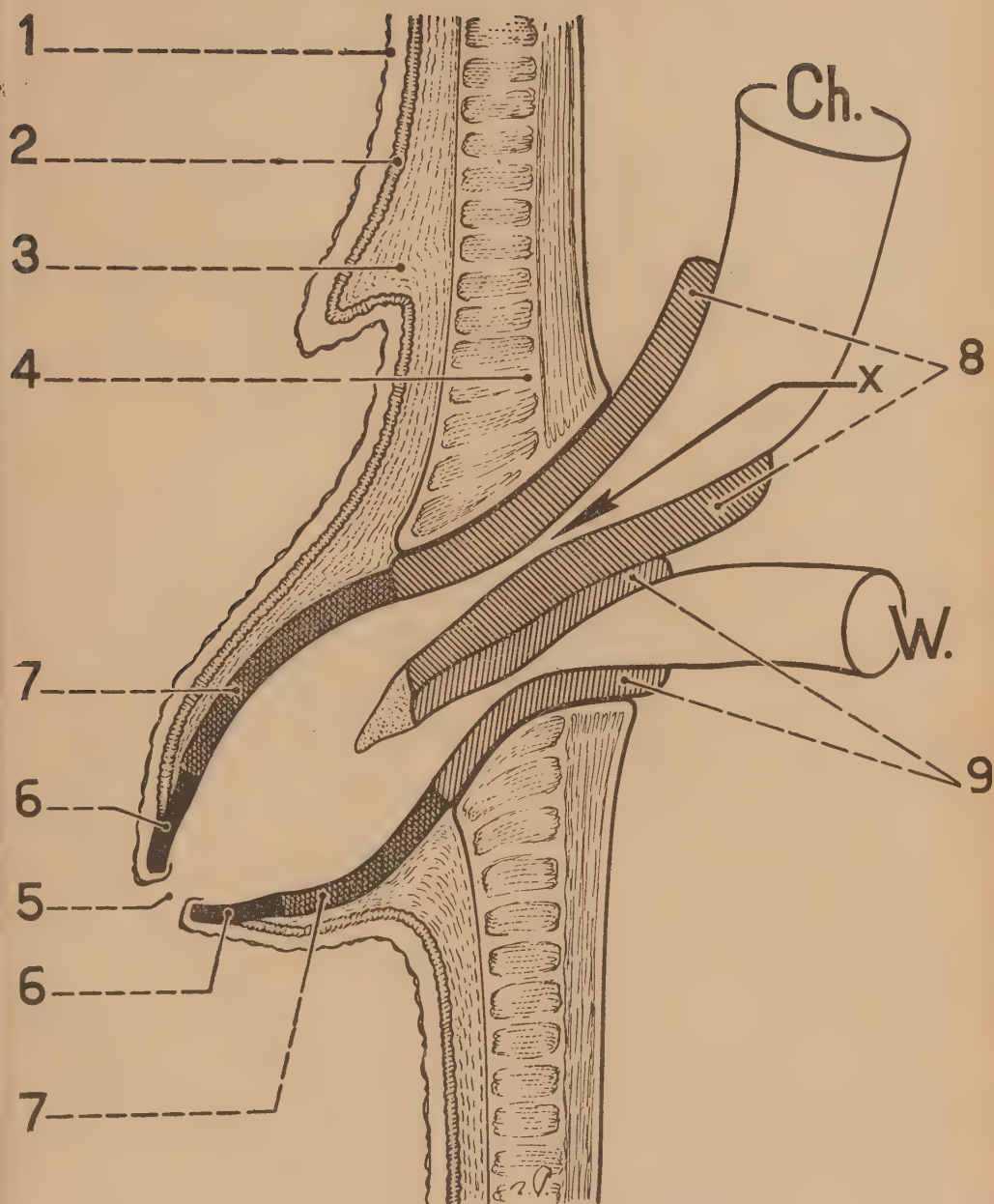


Figure 3

DISPOSITION SCHEMATIQUE DU SPHINCTER D'ODDI

1) Muqueuse duodénale. — 2) Muscularis mucosæ. — 3) Celluleuse. — 4) Couche musculaire. — 5) Orifice papillaire ou pylorus. — 6) Sphincter propre de la papille. — 7) Sphincter commun. — 8) Sphincter propre du cholédoque. — 9) Sphincter propre du wirsung. — x) Point destiné à montrer qu'après section de la papille, de son sphincter et du sphincter commun, la continence est cependant assurée par le sphincter propre du cholédoque.

Dans l'ensemble de ces trois éléments, nous voyons donc que le sphincter du cholédoque représente l'élément le plus important et sa systématisation en deux étages déjà décrite par Ivy Boyden, Voetglin et Greelgard, est actuellement admise.

Sphincter cholédocus proprius supérius, sphincter commun inférius nous permettent donc déjà d'entrevoir pourquoi la sphinctérotomie chez l'homme, n'intéressant que le sphincter papillaire ou pylorus, tout ou partie du sphincter commun et sauvegardant le sphincter cholédocus proprius, n'est jamais compliqué d'angiocholite, comme chez le chien qui ne bénéficie que d'un sphincter unique, et ne présente que très rarement reflux ou présence d'air dans les voies biliaires supérieures (fig. 4).

4° Présence d'éléments glandulaires.

Letulle et Natan-Larrier, cités dans « Maladies des voies biliaires » de J. Caroli, disent : « Le cholédoque bien reconnaissable à son volume, aux plis radiés de sa muqueuse, possède un nombre incalculable de glandes en grappes, profondément enclavées dans ses parois. Ces glandes muqueuses, remarquables par les dimensions souvent excessives de leurs canaux excréteurs, sont tapissées par des épithéliums cubiques, granuleux, petits, logés à l'intérieur d'acini dont le diamètre moyen est de 8 mm, presque tous les groupes glandulaires annexés de la sorte à la muqueuse s'enfoncent à une distance très grande de la lumière du canal, et sont entourés, comme dissociés, par de riches faisceaux de fibres musculaires fines. »

L'intrication de ces îlots contractiles et des glandes muqueuses est extrême. Peu d'organes, à l'exclusion, peut-être, de la Prostate, possèdent une aussi riche combinaison de tissu musculaire et de glandes en grappes enchevêtrées à une grande distance de la surface du canal excréteur fondamental.

Négri remarque aussi cet ensemble glandulaire qu'il assimile aux glandes de Lieberkuhn, et de fibres musculaires : de même que Nubær et Debouvry, Caroli (11) propose l'analogie avec le tissu prostatique. Caroli met même l'accent sur la transformation adénomateuse des glandes des plis muqueux du cholédoque qui seraient plus fréquentes après la cinquantaine chez l'homme et pourraient représenter un point de départ du cancer vatérien.

La radio-cinématographie a actuellement donné un aperçu de la physiologie oddienne. Il s'avère depuis les premiers travaux de Caroli, Porcher, Pequignot, de Lattre (10), que l'on peut affirmer son autonomie vis-à-vis du duodénum.

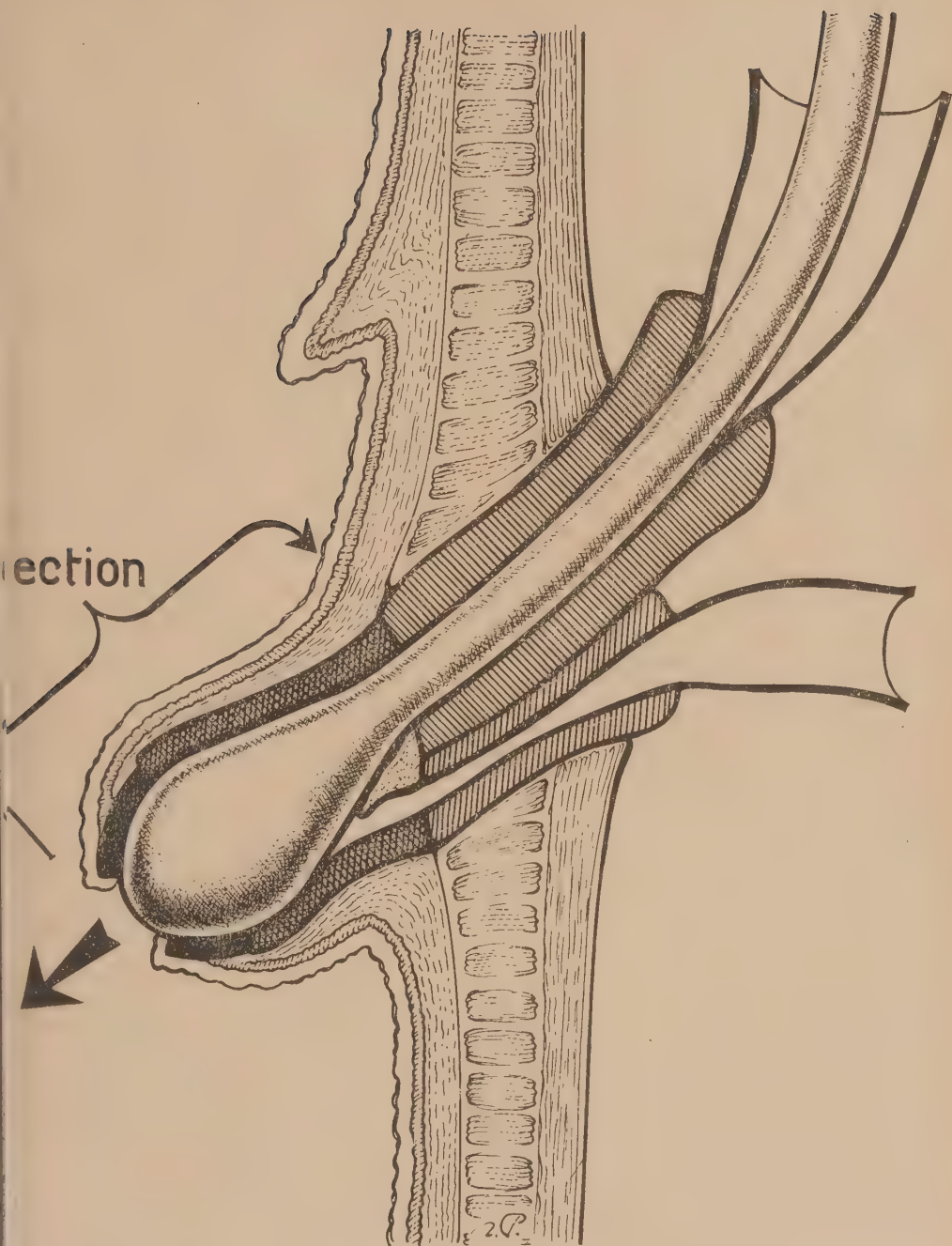


Figure 4

La boule du catheter ne peut franchir l'orifice papillaire « Phimosis » : elle se coiffe de la papille qui est ainsi présentée à la section.

On a vu la zone sphinctérienne se fermer en pleine phase de relaxation duodénale ; à l'inverse, elle est aussi capable de s'ouvrir alors que la cavité duodénale est manifestement contracturée. On peut aussi reconnaître une certaine interdépendance duodéno-cholédocienne.

La contraction duodénale peut déclencher le mécanisme de fermeture de l'Oddi. Celui-ci est provoqué par les mouvements antipéristaltiques de D3 et D2. Lorsque l'onde passe au niveau de la papille, le système sphinctérien se ferme y compris la zone extra-duodénale, ce qui prouve que la contraction duodénale ne bloque pas uniquement, de façon passive, le trajet intra-mural. Il est heureux que l'attaque antipéristaltique duodénale entraîne la fermeture de l'Oddi, sinon l'obliquité du trajet intra-mural favoriserait le reflux.

TECHNIQUE

Nous allons décrire le déroulement des différents temps opératoires suivis dans la technique habituelle du D^r Barraya, nous étendant plus spécialement sur certains détails qui nous paraissent intéressants à discuter ajoutés à ceux apportés dans la thèse de Sasso-Gourdon (68). Nous rapporterons, d'autre part, certaines remarques proposées par différents auteurs qui se sont penchés sur la question.

I. ANESTHESIE.

Tous les malades ont été anesthésiés par le D^r Miniconi, suivant le schéma ci-dessous :

— Prémédication : Atropine, Pantopon.

Penthotal starter de 300 à 400 mgr en moyenne associé au succicurarium, environ 1 mgr par kg corporel. Cela représentant les doses de départ permettant d'intuber le malade. L'intubation laryngée est systématique vu ses avantages indéniables permettant tout au long une curarisation suffisante afin d'avoir un silence abdominal parfait et, cependant, grâce à la respiration assistée une oxygénation maxima. Autre avantage des plus précieux, contrôle de l'apnée en expiration pour la prise des clichés.

Mise en place d'une sonde duodénale.

L'anesthésie est maintenue en utilisant à la demande Dolosal, d. Tubocurarine avec un fond oxygène-protoxyde d'azote sous le rapport de 3/4.

II. INCISION.

Selon la conformation du sujet et l'ouverture de son angle costal, nous utilisons indifféremment soit la médiane sous-ombilicale qui, si elle doit être prolongée sous l'ombilic, passera volontiers à droite, malgré les prescriptions techniques classiques : soit l'incision para-médiane droite qui, si elle est un peu plus longue et plus hémorragique à pratiquer et à refermer, tombe plus directement sur les voies biliaires et donne de plus grandes qualités de solidité ultérieure. Nous n'avons jamais eu besoin d'utiliser l'incision proposée par M. Roux (62) qui est une incision de Kehr, deuxième manière en L renversée. Nous pensons que dans certains cas où les difficultés sont accumulées : réintervention, sujets gras... elle peut rendre de grands services. Aussi bien notre incision habituelle nous permettrait-elle, le cas échéant, d'y avoir recours.

III. EXPLORATION.

Non seulement du carrefour hépato-duodénal, mais aussi de l'ensemble de l'abdomen, afin de ne point laisser passer une lésion autre : tumeur génitale, tumeur colique, par exemple, qu'il est si facile d'apprécier à ventre ouvert, à condition d'y penser.

IV. CHOLECYSTECTOMIE D'ARRIERE EN AVANT SOUS SEREUSE.

En préparant le clivage par une injection de novocaïne, nous nous efforçons de toujours réaliser cette dissection sous séreuse de la vésicule dont le plaidoyer n'est plus à faire, vu le confort des suites qu'il donne par diminution ou suppression des fuites biliaires et hématiques du lit vésiculaire dans la période post-opératoire.

Nous disséquons de façon très précise le cystique de l'hépto-cholédoque qui, nous le savons, ont, en général, avant leur jonction, un trajet commun en canon de fusil. Ce point important sur lequel nous nous sommes déjà étendus va nous permettre, dans presque tous les cas, d'introduire par le cystique jusque dans le cholédoque un trocart analogue à celui de Mallet-Guy (fig. 2). Nous utilisons depuis peu un ensemble en plastique, sous pochette, stérile, transparent, utilisable une seule fois, établi par la maison Dubernard : le catheter souple est moins offensif pour la paroi du cholédoque et les manipulations de raccordement sont aisées.

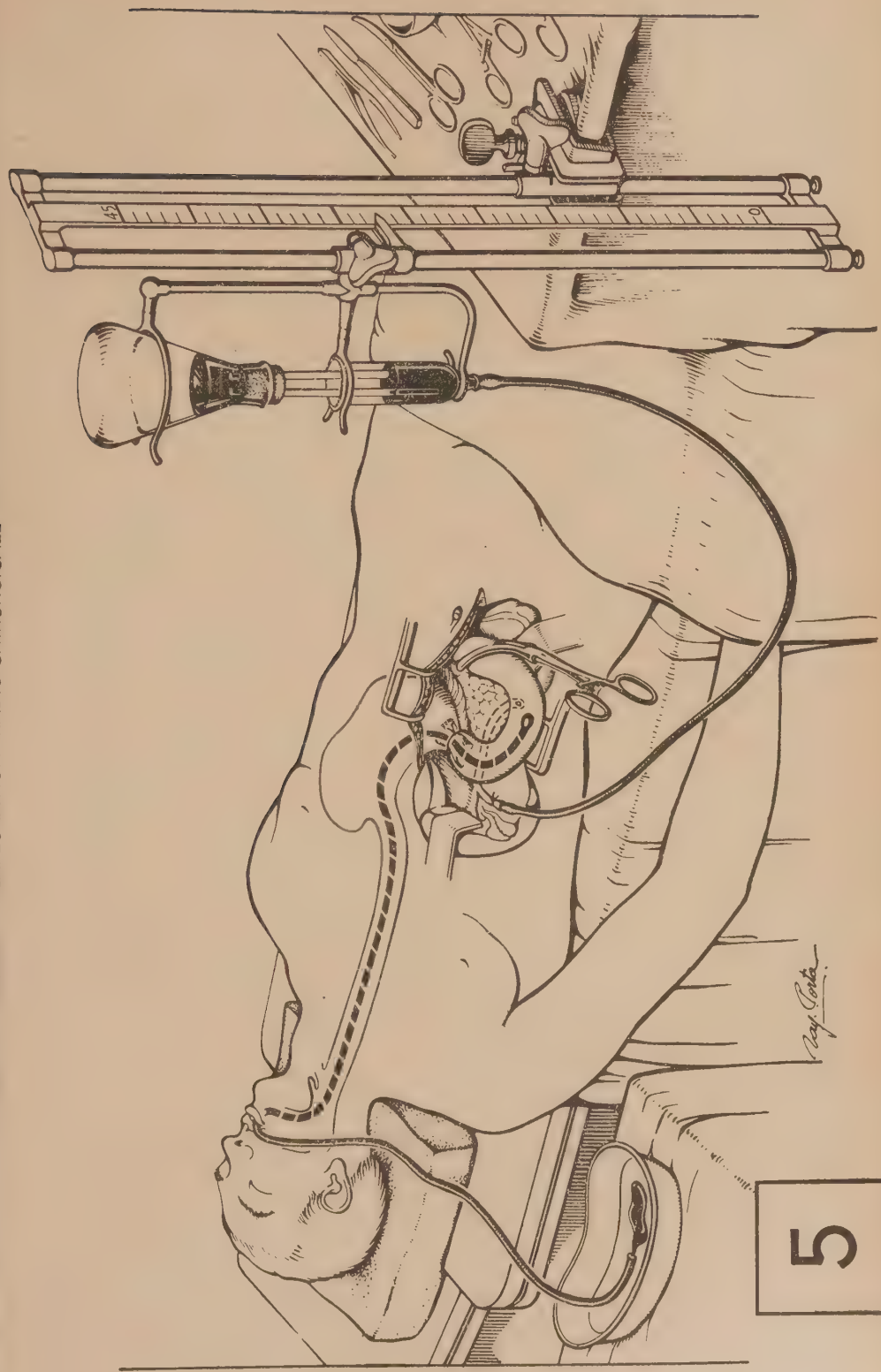
Si cette séparation cystique-cholédoque n'est pas poussée au maximum on se heurte à deux écueils : l'un immédiat, l'impossibilité fréquente de passer le trocart, malgré des tentatives de dilatation à la pince (Soupault) ; l'autre, à plus longue échéance, celui de laisser un cul-de-sac cystique, source de lithiase récidivante ultérieure et de douleurs.

Si la voie cystique est impossible, nous agrafons directement le cholédoque.

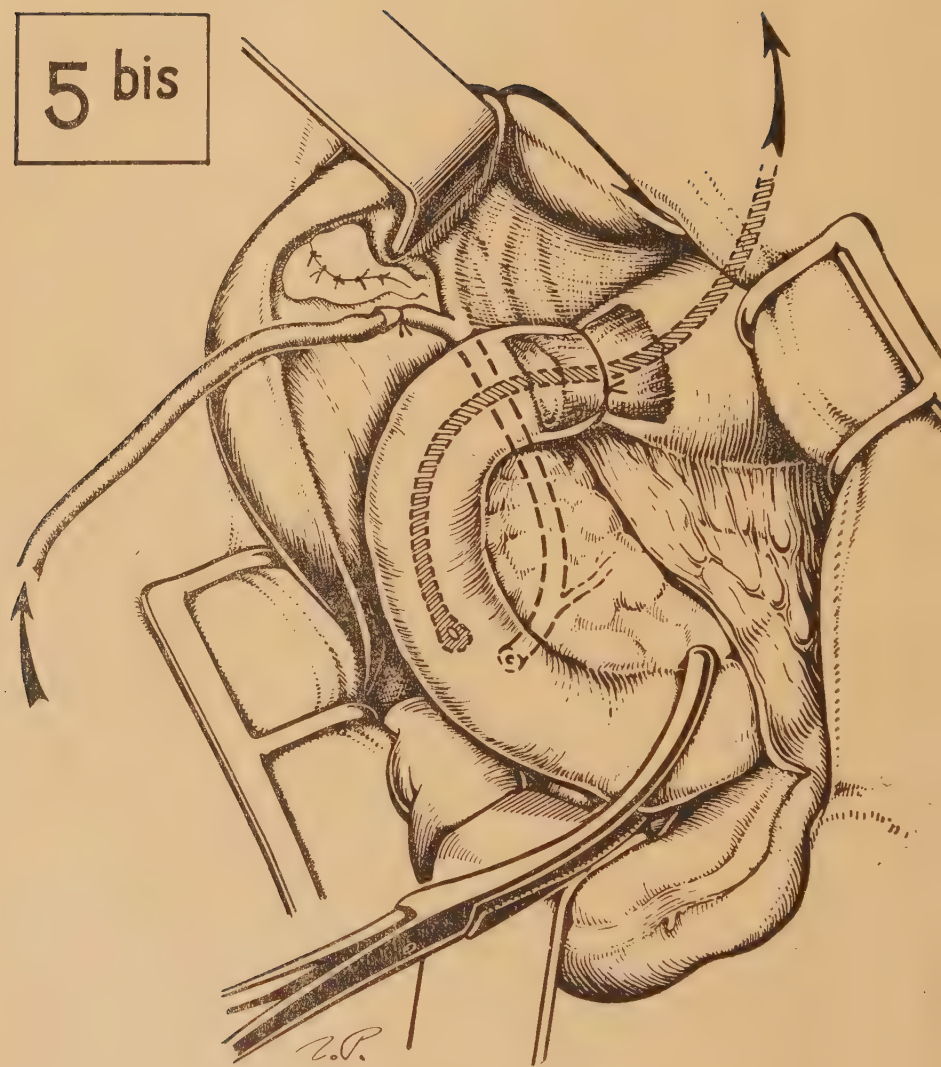
V. RADIO-MANOMETRIE PER-OPERATOIRE.

a) **Matériel utilisé :** Appareil à débit continu, constitué par un flacon de Mariotte, se déversant dans le corps d'une seringue de 20 cc. Cet ensemble monté est mobile le long d'une régle graduée, dont le 0 est placé à la hauteur du cholédoque, le tout stérilisé est fixé à notre tablette opératoire (fig. 5 et 5.bis).

Cet appareillage présente de grandes analogies avec les appareillages de Caroli, de Roux et Le Canuet et assure un débit continu à la pression désirée. Nous utilisons, actuellement du Vasurix 38, coloré par une ampoule de bleu de méthylène.



5 bis



5 bis : Détail de la perfusion colorée extériorisée.

b) Technique utilisée :

1° Au voisinage des pressions normales 12 à 15 cm, on laisse passer quelques cc. Prise du premier cliché de réplétion.

2° On ouvre à nouveau la perfusion, afin de constater les modalités d'écoulement et d'obtenir la pression de passage de l'Oddi. Dès cet instant, nous commençons à avoir des renseignements sur le fonctionnement oddien, soit écoulement aisé, continu, soit arrêt et nécessité d'augmenter les pressions de passage. Prise d'un deuxième cliché.

3° Perfusion extériorisée : Nous essayons d'apprécier, grâce à la sonde duodénale, convenablement placée au niveau de la partie moyenne de D2 le libre passage du Vasurix bleuté dans le duodénum. L'anesthésiste aspire et amorce ladite sonde avec une seringue. Si nous constatons un retard, une absence ou une insuffisance d'écoulement du produit de contraste coloré par la sonde, nous possédons un élément supplémentaire prouvant l'obstacle au niveau de la jonction cholédoco-duodénale. Sinon, dès l'amorçage, le Vasurix bleu s'écoule spontanément. Nous complétons parfois cette manœuvre par un clampage en amont, au niveau de la zone antro-pylorique et en aval, au niveau de l'angle de Treitz. Cette exclusion segmentaire du duodénum a l'avantage d'éviter la diffusion du produit dans d'autres segments du tube digestif et, comme corollaire, de diminuer le risque d'accidents toxiques ou de sensibilisation dû au produit iodé et aussi de rendre plus faible l'opacification duodénale au niveau de son deuxième segment, démasquant ainsi la jonction cholédoco-duodénale souvent rendue imprécise par la superposition des images (fig. 5 bis).

Nous sommes en train de mettre au point la prise de clichés selon la technique mise au point par J. Gosset qui utilise des films dentaires placés, après décollement duodéno-pancréatique, derrière D2.

Cette technique est, certainement, destinée à se généraliser, grâce à la qualité des images de la jonction cholédoco-duodénale qu'elle permet d'obtenir.

Prise d'un troisième cliché. Cela représente le déroulement habituel de notre examen radiographique. Nous multiplions, si nécessaire, le nombre des clichés.

4° Nous terminons par un cliché en déplétion après aspiration de la plus grande quantité possible de Vasurix bleu par la canalisation de la perfusion et par la sonde duodénale. Cela nous a quelquefois permis d'objectiver des calculs que les radios en réplétion avaient masqués par une trop grande opacification. Nous obtenons sur ce dernier cliché des radios en couche mince, parfois irremplaçables.

Suture du lit vésiculaire, en attendant le développement des radios.

En possession des éléments fournis par :

- la clinique ;
- les constatations opératoires, calculs intra-cholédociens, gros cholédoque...
- l'ensemble radio-manométrique ;

deux possibilités nous sont offertes :

- Voie biliaire principale normale, jeu oddien normal, nous n'avons plus qu'à lier le cystique et terminer l'opération ;
- Obstacles au cours de la bile dans un des segments de la voie biliaire principale et nous sommes amenés à explorer le cholédoque et, éventuellement, à pratiquer une papillo-sphinctéroplastie.

VI. DECOLLEMENT DUODENO-PANCREATIQUE.

Il est pratiqué de façon habituelle (Vautrin) en incisant le péritoine le long du bord droit de D2 et en poussant la dissection du bloc duodéno-pancréatique vers la gauche, découvrant successivement la veine ovarienne ou spermatique droite, la veine cave inférieure dont le bord gauche doit être atteint et même parfois la face antérieure de l'aorte. Il faut, d'autre part, mobiliser la racine du mésocolon transverse afin de l'abaisser et d'attirer ainsi dans l'étage sus-mésocolique le genu inférieur et une partie de D3.

Parfois, on peut atteindre ce plan décollable rétro-duodéno-pancréatique en passant de haut en bas et de gauche à droite par le hiatus de Winslow. Cette manœuvre, plus aveugle, n'est utilisée que quand l'abord sur le côté de D2 est impossible ou imprécis.

Le décollement duodéno-pancréatique représente un temps primordial de notre exploration cholédocienne et papillaire. Il allonge le pédicule hépatique, le rend plus superficiel : il donnera une plus grande aisance aux manœuvres intra-duodénales, car le duodénum est pratiquement « extériorisé », amené au niveau du plan de l'incision.

VII. EXPLORATION CHOLEDOCIENNE.

Par le cystique :

On ne peut malheureusement la pratiquer que dans de rares cas. (Obs. N° 62 à 67.)

Par cholédocotomie en général :

Elle sera strictement longitudinale, sus-duodénale, étendue sur 6 à 10 mm, après dissection soigneuse de la paroi cholédocienne antérieure qui doit être bien nette. Nous procédons alors à l'extraction des calculs et de la boue biliaire que peut contenir le cholédoque, utilisant dragues et pinces de Desjardins et lavage au sérum.

Pour procéder au repérage de la papille, nous avons fait établir une série de cathéters malléables, à extrémité olivaire, de calibre croissant de 3 à 9 mm, dérivés de ceux utilisés par Dogliotti. M. Roux utilise un cathéter semblable courbé en S. Nous pensons que notre cathéter malléable peut rendre de plus grands services, car susceptible d'être modelé sur-le-champ, selon les différentes conformations anatomiques que l'on peut rencontrer. Ce cathéter utilisé comme un béniqué sert à faire saillir et à repérer l'emplacement de la papille, au niveau de la face antérieure du duodénum. A ce propos, nous pensons, comme l'affirment de nombreux auteurs, qu'on ne peut jamais être sûr avant d'avoir ouvert le duodénum, que l'explorateur ait franchi la papille : souvent il s'en coiffe et l'impression tactile à travers la paroi duodénale est identique.

VIII. DUODENOTOMIE. REPERAGE DE LA PAPILLE.

Pratiquement toujours transversale, localisée en hauteur par la saillie du cathéter, la duodénotomie est reportée un peu vers le bord droit du duodénum, qui, du fait du décollement, vient en avant.

Nous préférons la duodénotomie transversale, car elle est moins sanglante, étant parallèle aux vaisseaux duodénaux circulaires, en principe (Soupault) (72) : elle se répare mieux et présente, une fois suturée, un meilleur aspect qu'une suture d'incision longitudinale qui modifie plus le calibre du duodénum. Nous avons, en effet, souvent remarqué sur des cholangiographies intra-veineuses et sur des transits barytés de contrôle post-opératoire, l'intégrité parfaite du dessin muqueux et du calibre duodénal et n'avons jamais constaté dans la période immédiatement post-opératoire de troubles du transit gastrique et encore moins d'accidents dus à la déhiscence de cette suture.

La duodénotomie longitudinale a l'avantage de pouvoir être agrandie vers le haut et le bas si l'on n'a pas pu repérer la papille par cathétérisme de haut en bas, par la cholédocotomie.

Le duodénum étant ouvert, mise en place prudente d'un écarteur de Farabœuf. A partir de là toutes les manœuvres doivent être très douces et précautionneuses, car la muqueuse duodénale, tant soit peu maltraitée, s'ectropionne au niveau de la duodéno-

tomie, présente des suffusions sanguines, s'œdématie et la recherche souvent laborieuse de la papille et la fermeture de la duodénotomie en seraient d'autant compliquées. La papille est repérée, grâce à la saillie de l'olive du cathéter qui se coiffe de l'orifice et de la paroi papillaire, mais ne peut faire issue, d'où la comparaison très évocatrice avec un PHIMOSIS proposé par M. Roux (Bibl. N° 63, fig. 4). L'orifice, lui-même, souvent difficile à trouver, doit être recherché au pôle inférieur de la saillie provoquée par le cathéter. Nous savons « qu'elle occupe l'angle postéro-interne de la lumière duodénale à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du deuxième duodénum » (Rettori-Roux).

Nous avons quelquefois utilisé — Obs. N° 6 — un artifice pour localiser le niveau de la papille, sans faire de cholédocotomie ni de duodénotomie préalables : après injection d'air dans la vésicule et expression de celle-ci, on arrive par la palpation duodénale à percevoir le niveau d'où s'échappent les bulles. Certains ont proposé l'expression vésiculaire, permettant d'objectiver la sortie de la bile à la papille, ou l'injection de sécrétine qui provoquerait 10 minutes après, l'issue de liquide pancréatique eau de roche.

IX. PAPILLO-SPHINCTEROPLASTIE.

Sur la « boule à bas » de l'extrémité olivaire du cathéter, nous incisons la papille à sa partie supérieure, plutôt vers 11 heures, au bistouri, puis au ciseau très fin, progressant millimètre par millimètre en suturant immédiatement à la soie noire 0000, les berges ainsi créées, réunissant soigneusement paroi cholédocienne à muqueuse duodénale afin de réaliser un « ourlage » très soigneux. L'étendue de cette sphinctéroplastie est un point qui nous inquiète beaucoup et sur lequel nous reviendrons. Nous la faisons porter, en général, sur 3 à 7 mm afin de donner à l'orifice ainsi créé un calibre voisin de celui du cholédoque et de permettre le passage de notre cathéter de 7 mm. Signalons l'aide très précieuse par l'usage permanent d'un aspirateur suceur très fin débarrassant ce champ opératoire très petit, du sang qui, sinon, rendrait toute suture imprécise et dangereuse.

Rappelons à ce propos trois écueils de cette sphinctéroplastie :

— soit une atteinte du *wirsung*, dont nous connaissons la situation antéro-inférieure vis-à-vis du cholédoque, donc section à la partie supérieure et plutôt à droite de l'orifice papillaire ;

— soit une striction, une réduction du calibre par un point de suture de la sphinctéroplastie, donc grande précision et nécessité de bien y voir, grâce à l'aspirateur fin ;

— soit, enfin, section trop poussée dépassant la paroi duodénale.

Réflexions et discussions de différents points relatifs à la papillo-sphinctéroplastie :

1° Rappel historique :

En 1891, Mac Burney sectionne le premier la lèvre supérieure de la papille pour extraire un calcul bloqué dans le bas cholédoque ; par la suite, certains confient à des drains le soin de dilater la papille : 1911 : Woelker avec le drainage transpapillaire externe ; 1925 : Duval réalise le drainage transpapillaire interne avec drain perdu.

D'autres proposent et réalisent des dilatations actives, et cette modalité technique semble toujours en faveur outre-Atlantique. Donovan et Del Valle utilisent une dilatation par bougies, et Bakes (1928) présente des dilateurs métalliques souples, dont il est souvent fait allusion dans la littérature chirurgicale américaine. En 1936, Colp et Doubilet mettent au point un sphinctérotome permettant par cholédocotomie, sans duodénotomie, de sectionner le sphincter un peu à la façon d'un uréthrotome. Cette technique aveugle a été abandonnée ayant donné 15 % de morts par hémorragie entre les mains de Babcock. Actuellement, à la suite de Mirizzi (1933) et des auteurs lyonnais, l'accord semble s'être fait sur la sphinctérotomie par voie transduodénale.

2° Présentation de la papille :

De la bonne présentation de la papille dépend la précision de la section et surtout de la suture. Champeau fait saillir la papille, grâce à une pince de Desjardins, qu'il entrouvre une fois arrivée en place, cela dirige les ciseaux pour la section. Lahey utilise une sonde fendue longitudinalement entre les jambages de laquelle sera conduite la section. Plus utilisé est le sphinctérotome de Lasala, constitué par un mandrin fin, enfilé par la cholédocotomie qui attire une pièce tronconique, cannelée, vissée à son extrémité distale. Celle-ci vient tendre, déployer la papille, qui sera fendue en suivant une des cannelures. Basé sur un principe voisin est le tire-papille de J. Hepp.

M. Roux utilise pour son compte un cathéter en S italique, dont seule l'extrémité sphérique varie quant à son diamètre. Les cathéters établis par le Dr Barraya procèdent du même esprit. Quel que soit l'instrument employé, il faut ensuite saisir la papille, nous utilisons deux pinces de Chaput bien traumatisantes, il est vrai, mais jusqu'à présent non remplacées. Certains préfèrent suspendre la papille par deux fils « de présentation » passés dans sa lèvre supérieure, et Doubilet a fait établir une sonde à ballonnet, qui rendrait cette manœuvre plus aisée.

3° Etendue donnée à la section :

Nous faisons porter notre section sur 3 à 7 mm afin de laisser passer le cathéter de 7 mm. Nous estimons ainsi réduire l'élément de sténose dû à la papille proprement dite. Si l'on veut, nous effectuons une « épisiotomie » préventive. Le débridement du « phimosis » ainsi réalisé sera susceptible de permettre la migration ultérieure de calculs résiduels ou néoformés.

Nous conservons le sphincter propre, cela a été vérifié maintes fois par des cholangiographies per-opératoires de contrôle, et la continence du cholédoque est indéniable. Pour le moment, nous préférons laisser subsister une partie de l'appareil sphinctérien, afin d'assurer la sauvegarde du perenchyme sus-jacent et un jeu physiologique para-normal plutôt que de pratiquer une sphinctérotomie totale telle que la préconise Goinard. (Bibl n° 28.)

Celui-ci veut que la sphinctérotomie soit totale, permettant un libre écoulement biliaire et « aboutir à une communication béante cholédoco-duodénale ». L'étude des résultats éloignés nous permettra de savoir quelle est la juste mesure. Pour le moment, nous nous rangeons avec ceux qui, comme M. Roux, préfèrent conserver tout ou partie du sphincter proprius, quitte à y revenir ultérieurement si s'en faisait sentir la nécessité. D'autre part, nous pensons qu'une sphinctérotomie vraiment totale expose au risque de traverser toute l'épaisseur de la paroi duodénale et d'avoir une étanchéité douteuse au niveau de la suture cholédoco-duodénale puisque aussi bien est réalisée une véritable cholédoco-duodénostomie interne.

4° Nécessité de la plastie :

Nous signalons par là l'importance que nous attribuons à la suture minutieuse, à l'ourlage de la muqueuse duodénale à la paroi cholédocienne. Nous estimons devoir obtenir une cicatrice par première intention, sans sténose, fibrose ou tout autre modification cicatricielle. Ce temps plastique est garant de la permanence de notre action sur la pupille et le sphincter. Aussi estimons-nous inutiles les drainages trans-papillaires, type Cattell, laissés à demeure pendant de longs mois. Nous pensons qu'ils n'apportent rien à la qualité du drainage obtenu, qu'il ne ferait que gêner plutôt, et leur rôle dans la survenue de pancréatites est actuellement bien connu de tous.

Il en est de même pour la « sphinctérectomie » préconisée par MM. Roux et Goinard (bibl. n° 28), ce dernier résèque un triangle mucosphinctérien entre trois points d'appui. M. Roux l'exécute, grâce à une pince emporte-pièce comparable à celle utilisée pour biopsies du col utérin. Il obtient ainsi des renseignements histo-pathologiques d'un grand intérêt. Cette extension en largeur de la section papillo-sphinctérienne offrirait à ces auteurs une

garantie supplémentaire du libre passage oddien. Nous pensons que la suture précise de l'incision intéressant sphincter de la papille et sphincter commun nous offre une sécurité, suffisante. Certains ont objecté (Champeau, bibl n° 14) le fait qu'un matériel de suture non résorbable peut représenter un point d'appel à une récurrence lithiasique ou à une réaction inflammatoire susceptible de provoquer à nouveau une obstruction au flux biliaire. Toutes nos cholédocotomies et nos sphinctéropplasties ont été suturées, soit au D. M. C. 70 pour les premières, soit actuellement à la soie noire triple ou quadruple zéro. Les cystiques sont liés avec un double D. M. C. appuyé. Nous n'avons constaté aucun accident semblable à ceux rapportés par ces auteurs. Nous attribuons cette immunité temporaire, peut-être, à la finesse du matériel employé.

5° Terminologie :

En fonction de ces différentes considérations, nous pensons que nous pouvons dénommer :

— Papillotomie : l'incision de 5 à 6 mm intéressant la lèvre supérieure de l'ampoule et divisant le sphincter de la papille.

— Papillo-sphinctérotomie : une incision plus étendue, de 7 à 12 mm en tout laissant le passage au cathéter de 7 mm de diamètre, intéressant le sphincter commun et respectant le sphincter cholédocien propre. Poursuivant notre acte par une suture des tranches ainsi créées, nous pensons pouvoir utiliser les termes de papilloplastie et de papillo-sphinctéropplastie qui se distinguera, nous le redisons à nouveau, de la papillo-sphinctéropplastie totale en ce qu'elle conserve le sphincter cholédocus-proprius.

X. MANŒUVRES COMPLÉMENTAIRES.

En possession de ce nouveau « regard » sur le cholédoque, nous complétons l'ablation des calculs, nous vérifions la parfaite vacuité de celui-ci et l'absence de tout calcul restant. Nous éliminons les calculs fragmentés ou les sables biliaires, grâce à un lavage de bas en haut par un cathéter en plastique introduit par la papilloplastie, ou de haut en bas par le cystique. Nous avons fait quelques essais de **cholédocoscopie** (bibl n° 74) très prometteurs de bas en haut, avec un laparoscope introduit par la papille, ce qui nous paraît plus aisé qu'avec le cholédoscope coudé, établi par Lortat-Jacob, qui doit être introduit par la cholédocotomie. (bibl. n° 45-55.)

XI. SUTURE DU CHOLEDOQUE.

Le cholédoque, par certains points, doit être considéré comme un vaisseau : comme tel, il faut l'inciser, le suturer avec

des instruments, une technique et un matériel de suture de chirurgie vasculaire. Il a contre lui le fait que la bile « ne coagule pas », venant ainsi au secours de l'étanchéité des sutures, argument supplémentaire donc pour en accroître la précision.

Le cholédoque sera donc suturé par un surjet de soie noire, triple ou quadruple zéro prenant chaque lèvre de façon très précise et régulière, afin de les affronter bord à bord de façon parfaite. On ligature le cystique très près du cholédoque, l'abouchement ayant été bien objectivé, il n'y a pas de risques de plicature ou de sténose de la voie biliaire principale. Nous pratiquons, parfois, à ce stade une radiographie de contrôle, par une fine sonde en plastique souple introduite par la sphintéroplastie, qui nous permet de vérifier l'absence de calcul, l'étanchéité de notre surjet cholédocien et la continence du cholédoque, qui conserve son sphincter propre. En effet, à condition d'employer des pressions normales, on n'a pas de fuite à rebours le long de la sonde.

XII. SUTURE DE LA DUODENOTOMIE.

Par un plan de points séparés prenant la muqueuse par le dos. Ce plan est renforcé par une épiplooplastie fournie sur place, par la racine du mésocolon transverse qui revient dans sa position normale et recouvre, en général, la duodénotomie.

XIII. DRAINAGE (voir thèse Sasso-Gourdon).

Mise en place systématique de notre drainage capillaire aspiré engainé dont l'extrémité est placée au voisinage du hiatus de Winslow, prêt à capter tout écoulement provenant soit du lit vésiculaire, soit de la cholédotomie. Le drain sort par une contre-incision du flan droit disposé de façon à ce que le rebord du foie ne vienne pas couder le drain. Il est mis sous dépression à 50 cm d'eau pendant 48 heures en général. Ablation au 6^e jour.

XIV. SUTURE PAROI.

Elle est pratiquée au matériel non résorbable.

INDICATIONS DE LA PAPILLO-SPHINCTÉROPLASTIE

DANS LA LITHIASÉ CHOLÉDOCIENNE.

Nous considérons que la lithiasé cholédocienne représente une indication de papillo-sphinctéroplastie systématique. En effet, ou bien la lithiasé cholédocienne est de cause locale : papille insuffisamment perméable, et nous devons l'ouvrir, ou bien elle est de cause métabolique, et il nous faut permettre l'évacuation ultérieure de nouveaux cailloux. De toute façon, nous ne nous faisons aucune illusion, il peut y avoir des calculs résiduels ou oubliés, notre papillo-sphinctéroplastie joue dans ces cas le rôle d'une épisiotomie préventive.

Envisageons, plus précisément, quelques éventualités :

1° Dans les cas de calculs enclavés de la papille, il est préférable de se donner une voie d'abord basse transpapillaire, dont l'indication est ici évidente. En effet, par voie haute cholédocienne, on s'expose à d'infructueux essais d'extraction avec risques de lésions de la muqueuse cholédocienne et de fausses routes (Soupault-Caroli). (Bibl n° 69-72.)

2° De même, dans certains calculs supra-papillaires, la papillo-sphinctéroplastie donne la possibilité « d'attaquer par les deux bouts un calcul récalcitrant » (Soupault).

3° Dans les cas de boue biliaire ou de concrétions très fines, seule la papillo-sphinctéroplastie nous permettra un nettoyage parfait, et obtiendra la permanence d'une « libre vidange » ultérieure.

4° Dans les empièremements du cholédoque (obs. n° 18), nous avons tendance à pratiquer une papillo-sphinctéroplastie plutôt qu'une anastomose comme le préconise Soupault.

EN DEHORS DE LA LITHIASÉ.

Nous entrons dans le groupe imprécis des oddites et papillites. Que ce soit l'oddite scléro-rétractile individualisée par D. Del Valle, que ce soit l'oddite essentielle où la part du spasme et de la lésion anatomique est difficile à préciser.

Nous sommes amenés à pratiquer une papillo-sphinctéroplastie devant la convergence de nos constatations :

- Cliniques ;
- Opératoires ;
- Radio-manométriques.

Du point de vue clinique, nous considérons comme éléments de poids la présence de signes de rétention, cliniques ou biologiques. Du point de vue opératoire, les gros cholédoques nous amèneront volontiers à une papillo-sphinctéroplastie ; cet élément, cependant, peut prêter à discussion. Il est permis de penser, comme l'a proposé Caroli, qu'il existe des mégacholédoques normaux ou peu pathologiques. D'autre part, nos contrôles cholangiographiques post-opératoires, par voie veineuse, nous ont montré que la taille des cholédoques, qui étaient gros avant l'opération, n'avait pas ou très peu diminuée, des mois ou des années après la papillo-sphinctéroplastie. Quoiqu'il en soit, suivant l'opinion généralement admise, nous admettons comme normal un cholédoque dont le diamètre mesure de trois à sept millimètres et pensons pour le moment qu'au-delà de 7 mm on doit considérer un cholédoque comme gros.

C'est là qu'interviennent au maximum les renseignements apportés par la radio-manométrie per-opératoire. Certaines images évocatrices nous amèneront à pratiquer une papillo-sphinctéroplastie :

- Défilé filiforme de la partie terminale du cholédoque, que nous saurons différencier d'un sphincter propre, temporairement occlu ;

- Association avec un reflux dans le wirsung et, éventuellement, avec une absence de passage duodénal ;

- Opacification à des pressions normales des fines branches intra-hépatiques de l'arbre biliaire.

Nous considérons, avec beaucoup de mesure, les renseignements fournis par les chiffres des pressions, vu les modifications qu'ils peuvent subir du fait des actions combinées de la prémédication, des agents anesthésiques et même du produit opacifiant.

Nous ne considérons ces éléments que comme arguments d'appoint, nous basant surtout sur une franche élévation de la pression de passage et sur une résiduelle nettement supérieure à 12-15 cm. La convergence de ces différents éléments nous a amené à pratiquer des sphinctéroplasties dans des lithiases vésiculaires associées à des papillites (9 cas).

Nous ne discuterons pas ici des sphinctéroplasties d'indication pancréatique, dont l'intérêt est si grand dans les cas de pancréatiques subaiguës récidivantes en particulier. Cet autre pôle de l'ensemble bilio-pancréatique, dont le système oddien représente le centre, est encore insuffisamment exploré pour que nous avançons une opinion.

RESULTATS

GENERALITES.

Toutes les papillo-sphinctéropplasties que nous avons rassemblées ici ont été opérées par le D^r Barraya, de juin 1953 (obs. n° 7) à mars 1957 (obs. n° 61). Nous avons arrêté notre étude des résultats à cette date afin de ne présenter que des malades ayant un an et plus de recul : soit 69 observations, réparties en 51 femmes et 18 hommes. La moyenne d'âge est de 60 ans, 14 ont plus de 70 ans. La doyenne (obs. n° 22) a 87 ans et représente un résultat excellent.

Ils ont été opérés suivant des principes et une technique identiques, qui n'a pratiquement pas varié depuis 1953. Tous les malades ont été revus personnellement pendant les premiers mois de 1958 ; certains, trop éloignés, ont répondu avec complaisance à un questionnaire détaillé que nous leur avons adressé. Dans celui-ci, nous cherchions à avoir des renseignements sur :

- l'état général ;
- le délai nécessaire à la stabilisation ;
- la reprise et les possibilités de travail ou d'activité ;
- la persistance ou la survenue de manifestations fonctionnelles. Crises douloureuses, nausées, etc.
- la nécessité d'un régime et le retentissement sur la vie sociale et familiale ;

Nous avons fait pratiquer chez le plus grand nombre possible (33) des cholangiographies intra-veineuses de contrôle au début de cette année. Cela afin d'établir une confrontation entre les résultats fonctionnels et les données anatomo-radiologiques pré-, per-, post-opératoires.

Nous avons cherché à juger :

- de la visibilité du cholédoque ;
- de son calibre et d'éventuels calculs ;
- du passage duodénal ;
- de la présence d'air dans les voies biliaires ;
- du reflux baryté en procubitus, compression, ou Trendelenburg.

Aucun des malades, sauf deux (obs. n° 68-69), n'a eu de drainage biliaire externe. Nous n'avons ainsi pas eu à tenir compte de la morbidité propre au drain de Kehr. (Bibl 40-70.)

69

SPHINCTEROPLASTIES

De Juin 1953
à Mars 1957

6

NON LITHIASIQUES

{ Excellents.....	3
{ Corrects.....	2
{ Médiocre.....	1

63

LITHIASIQUES

{ Excellents.....	47
{ Corrects.....	6
{ Médiocres.....	7
{ Décès.....	3

« DANS L'ENSEMBLE »

{ Excellents.....	50
{ Corrects.....	8
{ Médiocres.....	8
{ Décès.....	3

Tableau 2
Répartition et résultats des 69 papillo-sphinctéropplasties étudiées.

Soixante-deux malades ont eu une **cholédocotomie idéale**. Pour six autres (obs. n° 62 à 67 inclus) nous avons pu mener à bien par le cystique, exploration cholédocienne, ablation des calculs et repérage de la papille, sans cholédocotomie.

Tous les 69 malades ont eu une papillo-sphinctéroplastie « suturée », et nous pouvons espérer que ces plasties sont restées à distance ce qu'elles étaient à la fin de l'opération, grâce à une cicatrisation par première intention et surtout sans la sujétion d'un drain transpapillaire « calibreur ».

Sur l'ensemble des 69 malades, nous avons à déplorer trois décès (obs. n° 31, 38, 69), soit 4,3 %.

Les résultats ont été rangés sous trois rubriques :

— Excellent : Nous entendons par là plus aucune manifestation morbide, reprise pondérale, état et activité parfaits sans aucune restriction.

— Correct : Dans cette catégorie se rangent certains malades qui présentent quelques petits troubles parfois attribuables à la sphère bilio-digestive, mais souvent aussi à d'autres appareils, asthme par exemple. Il faut tenir compte qu'il s'agit de gens âgés, dans certains cas, chez qui entrent en jeu les intrications pathologiques. Tous ces malades ont cependant une vie active, normale, sans jamais de manifestation fonctionnelle majeure permettant d'incriminer une atteinte importante du système bilio-pancréatique.

— Médiocres : Sont considérés comme tels :

Les deux malades sur lesquels nous n'avons pas de renseignement récents ;

Ceux qui présentent des troubles caractérisés amenant une perturbation dans la vie familiale et professionnelle, crises douloureuses typiques, angiocholite, troubles digestifs nécessitant un régime... ;

Ceux qui présentent des images radiologiques nettement pathologiques, récurrence lithiasique, reflux, sténose...

Nous avons classé nos malades en deux catégories :

— Non lithiasiques, au nombre de 6 (obs. n° 1 à 6 inclus).

Lithiasiques, (obs. n° 7 à 69, soit 63 malades). Tableau n° 2.

La moyenne de séjour en clinique ou à l'hôpital a été de 17 jours pour 66 malades, les 3 décès étant exclus.

Si nous ne tenons pas compte des 7 malades qui ont présenté des durées d'hospitalisation extrêmes dues soit à des considérations sociales, malades hospitaliers (obs. n° 11, 13, 36) ou

personnelles (obs. n^{os} 22), soit à des complications d'origine non biliaire (obs. n^{os} 1, 4 et 45), nous obtenons une moyenne de séjour de 15 jours pour 59 malades.

ETUDES DETAILLÉE.

A Trois décès :

Nous considérons comme mortalité opératoire tout décès de quelque cause qu'il soit survenu pendant le mois qui suit l'opération.

Observation n° 31 : Malade de 74 ans, opérée en cours d'ictère, fébrile, artério-scléreuse, arythmique, a présenté au troisième jour une hémorragie autour du drainage capillaire aspiré et par la plaie. D. C. D. le 8^e jour.

Observation n° 38 : Malade de 64 ans, opérée alors qu'elle était en crises subintrantes depuis plusieurs semaines : morphinomane, tabétique, présentant un bloc de branches gauche. D. C. D. le 4^e jour après une chute de tension, élévation thermique à 41°. La vérification nécropsique a montré une pancréatite aiguë dont peuvent être rendues responsables les manœuvres opératoires.

Observation n° 69 : 65 ans, opéré en cours d'ictère, mauvais état général, médecin, drainage de Woelker. D. C. D. le cinquième jour. T° 40°. Pouls 100. Oligurie. Collapsus circulatoire progressif.

Nous voyons là que nous avons **deux malades opérés en cours d'ictère**, devons-nous en conclure qu'il faille attendre un déjaunissement problématique avant d'intervenir ? Nous pensons avec Caroli que cette conduite n'est pas de mise et que les ictériques doivent être opérés : quoique la règle qu'il avait établie de la nécessité d'un drainage chirurgical (bibl. n° 8) des angiocholites urémigènes ait subi des restrictions du fait des progrès des méthodes de réanimation médicale modernes. Aussi bien avons-nous opéré **19** des malades ici rassemblés, en cours d'ictère, dont :

— 2 D. C. (n^{os} 31 et 69) ;

— 1 résultat correct (n° 36) ;

— 1 résultat qualifié de médiocre, car nous n'avons pas eu de nouvelles récentes (n° 68) ;

— 15 résultats excellents (obs. n^{os} 6, 13, 15, 19, 27, 28, 34, 39, 53, 54, 57, 62, 63, 65, 67).

B Non lithiasiques :

Parmi ces malades nous en trouvons deux (obs. n° 2, 5) chez qui les voies biliaires étaient obstruées par des caillots muqueux solidement organisés. L'une (n° 5) souffrait depuis l'enfance. Le traitement chirurgical amène deux résultats excellents. Le 3^e résultat excellent (obs. n° 6) présentait un sphincter organiquement lésé. Nous avons ensuite deux résultats corrects pour une cholécystite chronique (obs. n° 1) et pour une atteinte oddienne (obs. n° 4). Un résultat médiocre pour un cas d'épithélioma vésiculaire (obs. n° 3).

Sur ces 6 cas, 3 résultats excellents en somme, ce qui nous amène à penser que les meilleures indications de la papillo-sphinctéroplastie se recrutent parmi les malades présentant des lithiasés, et qui ont, de ce fait, un caractère plus précisément organique que les malades détaillés ci-dessus.

C Les Lithiasés :

1° Les résultats excellents **au nombre de 47.**

Parmi ces 47 malades chez qui se vérifie de façon régulière la bonne qualité du résultat grâce à la concordance de l'état fonctionnel et des images radiologiques, nous détaillerons quelques observations particulières.

Obs. N° 16, chez qui il a été nécessaire de réintervenir pour récurrence lithiasique, trois ans après une cholécotomie idéale pour lithiasé cholécocienne. Cette seconde intervention a permis de constater le parfait état du cholédoque sur lequel on ne voyait plus trace de la cholécotomie précédente. Elle va très bien, malgré une légère **cholangiopneumie** que présentent aussi les malades des observations N° 8, 25, 34, 48, 52. Nous trouvons l'incidence diarrhéique chez l'opérée, observation N° 21.

L'observation N° 50 nous réserve le **maximum de reflux**, même sans TRENDLENBURG et une absence d'opacification du cholédoque à la cholangiographie intraveineuse témoin d'un libre et franc passage à la jonction duodénale. La section a dû intéresser les différents éléments du sphincter. Nous terminerons sur l'inquiétude que nous donne la lecture des radios de contrôle de l'observation N° 51 où l'on décèle une image du bas cholédoque pouvant être interprétée comme un calcul.

Nous soulignons le sentiment d'euphorie générale que manifestent les malades, dans la bouche desquels reviennent les termes de « Résurrection, changement total ».

Cette série de malades représente une des meilleures satisfactions de notre pratique chirurgicale actuelle.

Il se dégage une très favorable impression d'ensemble que peu de chapitres de la thérapeutique chirurgicale peuvent nous offrir aussi franchement.

2° Résultats corrects : six malades.

Trois de ces malades présentent des troubles variés, peu intenses, compatibles avec une vie absolument normale ; observation N° 35, a un état général médiocre et souffre d'asthme ; observation N° 36, digestions pénibles ; observation N° 47, quelques troubles digestifs et des malaises à 10 heures du matin.

Une seule présente peut-être une récurrence lithiasique, observation N° 23, elle a ressenti quelques migraines après l'intervention, a fait trois cures à Vichy, n'a eu qu'une seule crise douloureuse semblable à celles dont elle était affligée auparavant, mais nettement moins intense. La malade très satisfaite signale un changement considérable. Cependant à l'examen radiologique on constate une image peu nette du cholédoque qui se confirmera peut-être comme étant une nouvelle lithiasie. Nous suivons cette malade de façon très précise.

Nous nous arrêterons plus sur les observations N° 33-45. Ces malades signalent des crises de diarrhée intermittentes, survenant après les repas, « comme s'il manquait un régulateur », nous disait une de ces malades. Il se peut, en effet, que l'irruption biliaire brutale dans l'intestion, due à l'affaiblissement du frein sphinctérien provoque cet hyperpéristaltisme.

3° Les médiocres : au nombre de sept.

Obs. N° 9-68 : classés ici, car nous n'avons pas obtenu de nouvelles assez précises ni récentes.

Obs. N° 18 : le malade a subi successivement, gastrectomie pour ulcus duodénal, anastomose cholédoco-duodénale, cholédocotomie et sphinctéroplastie avec suppression de l'anastomose qui, quoique parfaitement perméable, avait permis un empiérement considérable du cholédoque. Sorti en très bon état, il est mort trois mois après, en 48 heures, avec T°, sans autre précision.

De même pour l'observation N° 24 où il s'agit d'une association ulcère-gastrique et sténose de la papille ayant subi gastrectomie et sphinctéroplastie. Le malade continue à souffrir de façon imprécise de l'étage sus-ombilical sans que l'on puisse directement incriminer la sphère biliaire.

Les manifestations présentées par S... Michel, obs. N° 42, nous font penser à une récurrence de sa lithiasie cholédocienne. Quant à M^{me} M..., N° 40, elle présente de petites crises d'angiocholite avec

reflux baryté dans les voies biliaires, cholangpneumie et un rétrécissement filiforme du cholédoque terminal sur 1 cm. Peut-on avancer l'hypothèse qui attribuerait à l'effet caustique du reflux, la sténose cholédocienne.

Nous terminerons par le cauchemar de l'obs. N° 26 qui a subi entre des mains très autorisées une cholécystectomie, deux explorations cholédociennes blanches, une gastrectomie. Lors de son intervention à Nice, on découvre un calcul cholédocien et on pratique une sphinctéroplastie croyant avoir définitivement soulagé cette malheureuse. Elle continue à souffrir et à aller de spécialistes en spécialistes. Il serait trop facile de céder à la tentation de la qualifier de psychique.

DISCUSSION.

Après la confrontation des résultats cliniques et de nombreux documents radiologiques pré-, per et post-opératoire, nous pouvons émettre un certain nombre de remarques.

— La papillo-sphinctéroplastie semble efficace vis-à-vis de l'ictère par exemple : 15 résultats excellents sans rechute sur 19 malades opérés en cours d'ictère.

— Elle est praticable sur des malades graves et affaiblis, en effet 10 d'entre eux (obs. N° 2, 3, 7, 18, 20, 22, 37, 56, 57, 58) étaient des cas complexes porteurs de fistules biliaires internes.

— Elle paraît correcte vis-à-vis d'une éventuelle récurrence lithiasique que : en effet, sur 63 malades lithiasiques opérés, seules deux (obs. N° 51 et 23) présentent une image douteuse du bas cholédoque pouvant être interprétée comme une récurrence lithiasique possible.

— Elle laisse persister une continence se rapprochant de la physiologie normale, nous donnant ainsi l'espoir légitime d'un fonctionnement correct dans les années à venir. Il ne paraît pas y avoir jusqu'ici de morbidité attribuable à une perturbation pancréatique.

— Cette continence, souvent vérifiée en fin d'intervention, a été confirmée par le nombre peu élevé (8) de cholangiopneumies constatées (obs. N° 8, 16, 23, 25, 34, 40, 48, 52) et celui encore plus réduit des reflux barytés lors des contrôles radiographiques (obs. N° 40, 48, 50).

— Par contre la taille du cholédoque est restée sensiblement identique après la papillo-sphinctéroplastie, les résultats actuels semblent montrer que cela n'a aucune importance jusqu'à plus ample informé.

CONCLUSIONS

De l'étude de 69 cas de papillo-sphinctéroplastie oddienne, avec confrontation des données fournies par le malade et l'examen des contrôles radiographiques, nous retirons une impression d'ensemble très satisfaisante.

Ces résultats éloignés comportent une mortalité faible : 4,3 %. 50 résultats excellents, 8 résultats corrects, 8 résultats médiocres parmi lesquels nous comptons suivant la règle 2 malades non revus récemment.

Certains des résultats moins bons peuvent être expliqués par notre agression mal adaptée aux besoins ou par une insuffisance de nos connaissances, vis-à-vis d'autres lésions méconnues, ou d'une pathologie encore imprécise. Nous faisons ici allusion au pancréas qui forme le dernier carré dont le médecin se réserve encore et peut-être pour longtemps la part la plus importante de la thérapeutique.

Devant la précision « horlogère » du système sphinctérien sur lequel nous agissons, devant l'apparition possible d'une éventuelle morbidité hépato-pancréatique post-opératoire, nous voudrions préciser la notion de « résultat éloigné ». L'étude de nos observations a montré que dans l'ensemble un délai de un mois à un an était nécessaire à nos malades pour atteindre un degré convenable de stabilisation. C'est pourquoi nous avons présenté uniquement les cas qui offraient au moins un recul de cette importance.

Cependant, pour l'avenir, deux questions sont capitales :

— Une possible récurrence de la lithiase et son évacuation éventuelle grâce à la papillo-sphinctéroplastie ;

— Un possible dommage du fonctionnement pancréaticobiliaire dû à notre intervention sur le sphincter. Si on considère la lenteur évolutive des lésions hépatiques et pancréatiques, des années doivent passer avant que l'on puisse affirmer que la papillo-sphinctéroplastie n'ait pas été nocive en elle-même.

C'est pourquoi, nous proposons de considérer au-delà du résultat physiologique et fonctionnel qui satisfait le malade dans les années qui suivent une opération, la notion de résultat « très éloigné ».

Chaque opération, pour être considérée comme légitime, comporte un DELAI D'APPEL, un délai de justification nécessaire. N'a-t-il pas fallu, pour connaître la valeur exacte de la gastrectomie, attendre plus de dix ans l'aboutissant de certains des désordres physiologiques qu'elle entraîne.

Dans le cas particulier de la papillo-sphinctéroplastie nous estimons qu'un délai de dix ans et plus doit s'écouler avant que l'on puisse dire définitivement :

- C'est une bonne opération ;
- Elle évite les récidives ;
- Elle ne comporte pas de morbidité propre.

C'est pourquoi, entre les différentes techniques proposées, nous avons adopté LA PAPILLO-SPHINCTEROPLASTIE MESUREE.

Elle libère le sphincter propre, elle améliore le mécanisme parfois nocif de l'ampoule commune (avec son reflux cholédoco-wirsunghien), elle fait peut-être disparaître la cause de certaines lithiases et elle facilite en tout cas sûrement le véritable petit accouchement que constitue l'évacuation d'un calcul à travers l'appareil sphinctérien du bas cholédoque. Enfin, elle est une lésion minime. Nous ne sommes pas surs de l'innocuité à grande distance des techniques qui se fixent pour but une cholangiopneumie permanente et un large reflux.

Nous avons voulu apporter aux voies biliaires malades un soulagement mesuré, que notre statistique semble montrer efficace. Si l'avenir venait nous démentir, au moins le mal n'aura pas été grand et le repli vers d'autres techniques sera toujours possible.

OBSERVATIONS

N° 1. — M. C... Wilfrid. 1895. — D^r Gauthier.

Cholecystite chronique. Sténose Oddienne.

1953. — Brûlures épigastriques post prandiales.
15 jours avant l'opération ictère par rétention sans T^o, cependant selles incomplètement décolorées.
- 11 mai 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Cholécystectomie d'arrière en avant sous séreuse.
CHOLANGIOGRAPHIE : par le cystique, cholédoque 4 mm, opacification des fines branches.
Cholédotomie, pas de calculs du cholédoque. Seule passe la sonde de 2 mm. Sphinctéroplastie. Suture primitive du cholédoque. DCA.
SUITES : écoulement de bile de 100 à 300 cc par jour pendant 8 jours. Quitte la clinique le 35^e jour. Ictère pratiquement disparu.
- Janvier 1958. — Va bien jusqu'à cette date, ou ascite secondaire à épithélioma gastrique.
RESULTAT : correct.

N° 2. — M. M... Jean. 1882. D^r F. Simon.

Fistule cholécysto-duodénale et bouchon muqueux intra-cholédocien.

1951. — Crise de l'hypocondre droit typique.
1955. — RADIO : Injection barytée des voies biliaires.
- 8 août 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Vésicule scléro-atrophique réduite à un moignon. Fistule cholécysto-duodénale. Cholécystectomie.
CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque de 16 mm. Opacification des fines branches intra-hépatiques.
Cholédotomie : Extraction d'un **bouchon muqueux** de 5 mm³. Papille plastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque.
Radio de contrôle : Bonne continence D. C. A.
SUITES : normales. Sort le 16^e jour.
- 8 juin 1958. — Grand appétit. « Résurrection ».
RESULTAT : Excellent.

N° 3. — M^{me} M... Catherine. 1898. D^r Maffet.

Lithiase cholédocienne + épithélioma vésiculaire.

1939. — Crises de coliques hépatiques survenant 4 à 5 fois par an.
1954. — Crises de plus en plus fréquentes.
RADIO : Cholédoque de 12 mm. Pas d'image de lithiase.
- 3 août 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Cholécystectomie. Vésicule bourrée de calculs. Cholédotomie. Extraction de calculs dont un inclus dans la papille. Sphinctéroplastie. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.
Examen anatomo pathologique d'un bourgeon intra vésiculaire donne : épithélioma glandulaire cylindrique.
SUITES : Simples. Sort le 14^e jour.
- 11 décembre 1954. — RADIO : Cholédoque 10 mm. Persistance opacification

hépato cholédoque 2 heures après injection.

Engraisse en 4 kg en 3 mois. Va bien jusqu'en mars 1956, où météorisme abdominal crises douloureuses. Ictère.

20 mars 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Néoplasme des voies biliaires ; envahissement de tout le pédicule hépatique par infiltration néoplasique. Bourgeon intra cholédocien.

D. C. D. 7^e jour. Complications pulmonaires.

RESULTAT : Médiocre.

N^o 4. — M. B... Raymond. 1896. D^r Lefrançois.

Oddite sténosante.

1940. — Episode typhique avec ictère de courte durée.

1943 et 1951. — Nouveaux ictères.

1955. — RADIO : Vésicule exclue, cholédoque dilatée.

8 novembre 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an D^r Miniconi. Cholécystectomie. Cholédoque de 1 cm. Cholécotomie, pas de calcul. Papille punctiforme. Papilloplastie. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : 4^e jour, clocher à 40°. Epanchement pleural à gauche.

Sort le 36^e jour. Bon état. Depuis se trouve beaucoup mieux quelques troubles prostatisme, colibacillose.

Février 1958. — Bon état.

RESULTAT : Correct.

N^o 5. — M^{me} B... Marie-Louise. 1916. D^r Ruas.

Souffre de la région hépatique depuis l'enfance.

1945. — Cholécystectomie dans une autre clinique. Pas de calcul, drainage externe. Pas d'amélioration.

Janvier 1955. — RADIO : Cholédoque comme un pouce image des voies biliaires persiste 5 heures après. Amputation nette à l'extrémité inférieure du cholédoque.

14 février 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Incision sur l'ancienne cicatrice (Kehr). Cholédoque comme le pouce. CHOLANGIOGRAPHIE : Diverticule au voisinage de la papille. Pancréatographie : Canaux normaux.

Cholécotomie, pas de calculs. Le lavage du cholédoque ramène deux longs caillots, muqueux nettement organisés.

Papilloplastie transduodénale avec ouverture du diverticule dans le duodénum. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 23^e jour.

Mars 1958. — Malade enchantée.

Reprise de son poids. Aucun régime.

RESULTAT : Excellent.

N^o 6. — M. G... Jean. 1911. D^r H. Faraut.

Ictère par rétention, sténose oddienne

1952. — 1^{re} INTERVENTION : Exploration gastrique blanche dans une autre clinique. Appendicectomie.

1956. — Douleurs de l'hypocondre droit calmées par l'aspirine. Selles partiellement décolorées. Urine acajou. Prurit. Installation d'un ictère par rétention.

6 juin 1956. — 2^e INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule normale.

CHOLANGIOGRAPHIE par la vésicule : Important reflux dans le wirsung. Passages duodénaux se font mal. Cholédogue 9 mm. Opacification des fines branches intra-hépatiques.

Etant donné l'ictère par rétention et les images cholangiographiques, on décide la papilloplastie trans-duodénale, repérage de la papille par la manœuvre de l'air. Duodénotomie. Papilloplastie sans cholédocotomie D.C.A. SUITES : Normales. Sort le 16^e jour.

Mai 1958. — RESULTAT : Excellent.

N^o 7. — M. F... Aimé. 1886. D^r Visquis .

Lithiase cholécystienne et fistule cholécysto-duodénale.

1948. — Cholécystite avec T^o pendant 4 mois.

1951. — Crise douloureuse épigastrique avec T^o à 40°, depuis les crises deviennent fréquentes. Amaigrissement de 100 kg à 62 kg.

4 juin 1953. — RADIO : Fistule cholécysto-duodénale.

22 juin 1953. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant. Cholédogue rempli de calculs. Extraction par cholédocotomie. Calcul enchâssé dans l'ampoule de VATER. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédogue D. C. A. SUITES : Normales. Sort le 11^e jour.

1956. — RADIO : Cholédogue 10 mm. Passages duodénaux normaux.

19 février 1958. — Va très bien. Bon appétit. Régime très large « par rapport à l'opération, je suis mieux de 100 pour 100 ». Reprise pondérale de 62 à 92 kg.

RESULTAT : Excellent.

N^o 8. — M^{me} P... Marie. 1912. D^r Pons.

Lithiase biliaire et sténose oddienne.

Depuis des années crises de douleurs épigastriques attribuées à un ulcère à l'estomac.

1954. — Crises douloureuses épigastriques plus violentes avec vomissements de quelques minutes à la journée. T^o 39°.

RADIO : D^r Girard. A la 10^e minute cholédogue de calibre normal visible jusqu'à la 60^e minute où il augmente de calibre. Aucun passage duodénal.

Conclusion : Obstruction de la voie biliaire principale à l'Oddi. La radio a provoqué une crise typique.

21 mai 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Le cystique contient un calcul comme un petit pois.

Cholédocotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Le cholédogue contient un calcul comme un gros pois. Suture primitive du cholédogue D. C. A. SUITES : Normales. Sort le 14^e jour.

26 novembre 1958. — Va très bien. Pas de régime. Pas de nausée.

RADIO : Légère cholangiopneumie. Cholédogue 18 mm. Continence normale. Pas de reflux baryté.

RESULTAT : Excellent.

N° 9. — M^{me} C... Henriette, 1892. D^r Marino.

Lithias cholédocienne.

1953. — Coliques hépatiques avec rétention biliaire légère. Répétition tous les deux mois. Amaigrissement 12 kg.
- 26 mai 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.
CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 12 à 15 mm.
Cholédotomie : Extraction des calculs. Papilloplastie trans-duodénale.
Suture primitive du cholédoque. D. C. A.
SUITES : Normales. Sort le 12^e jour.
Pas de nouvelles directes ni récentes.
RESULTAT : Médiocre.

N° 10. — M^{me} P... Elise, 1909. D^r Lefrançois.

Lithias vésiculaire et cholédocienne.

1916. — Typhoïde.
1948. — Crises de coliques hépatiques qui deviennent plus fréquentes, jamais de signe de rétention.
1953. — RADIO : Calculs probables.
Amaigrissement 7 kg.
- 27 juin 1954. — Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Vésicule bourrée de calculs. Perception de petits calculs intra-cholédociens.
CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 12 mm.
Cholédotomie : Extraction des calculs. Papilloplastie trans-duodénale.
Suture primitive du cholédoque D. C. A.
SUITES : Normales. Sort le 11^e jour.
- 10 mars 1958. — Va bien. Bon appétit. Mange de l'omelette deux fois par semaine. A grossi de 13 kg. Stabilisation obtenue au bout de deux ans. Quelques céphalées pré-ménopause.
RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux baryté. Cholédoque 10 mm.
RESULTAT : Excellent.

N° 11. — M^{me} L... Minorja, 1910. D^r Nicolas.

Lithias vésiculaire et cholédocienne avec papillite rétractile.

1952. — Début crise colique hépatique brutale sans ictère ni T°. Ces crises se renouvellent de façon irrégulière.
RADIO : Préopératoire, vésicule s'imprégnant mal, cholédoque dilaté avec image claire à sa partie inférieure.
- 1^{er} juillet 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Cholécystectomie d'arrière en avant.
CHOLANGIOGRAPHIE par le cystique. Résiduelle à 27 cm.
Cholédotomie. Papilloplastie transduodénale suture primitive du cholédoque D. C. A.
SUITES : Simples. Sort le 30^e jour. Hôpital.
- 27 novembre 1958. — Excellent état.
RADIO : Bonne opacification. Cholédoque 11 mm. Bon passage duodénal.
RESULTAT : Excellent.

N° 12. — M^{me} P... Paul. 1924. D^r Simon.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne

Novembre 1953. — Colique hépatique.

26 mai 1954. — RADIO : Plusieurs calculs dans la vésicule.

2 juillet 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Vésicule bourrée de calculs.

CHOLANGIOGRAPHIE : Calcul du cholédoque terminal.

Cholédotomie : Extraction d'un calcul comme un pois. Papilloplastie.

Suture primitive du cholédoque D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 10^e jour.

4 mai 1958. — A repris de suite une bonne santé. A eu un enfant. Boit, mange et fume.

RADIO : N'a pas provoqué de crise. Cholédoque 10 mm. Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux. Passages duodénaux normaux.

RESULTAT : Excellent.

N° 13. — M^{me} B... Marie. 1881. D^r Crabouillet.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec ictère.

1933. — Debut. Crise douloureuse de l'hypocondre droit, sans T^o, ni ictère, amaigrissement 10 kg.

Juillet 1954. — Crise douloureuse violente vomissement bilieux. Ictère T^o 38,5.

10 août 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie rétrograde sous séreuse. Cholangiographie. Cholédotomie, extraction d'un calcul. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

14 septembre 1954. — SUITES : Simples. Sort le 34^e jour déjàunie.

24 mars 1958. — RESULTAT : Excellent.

N° 14. — M^{me} S... Tatiana. 1900. D^r Pons.

Lithiase cholédocienne et sténose oddienne.

1940. — Hystérectomie dans une autre clinique.

Septembre 1954. — Colique hépatique. Urine foncée. T^o.

RADIO : Voies biliaires visibles, sans calcul identifiable. La température persistant on décide d'opérer.

2 novembre 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Vésicule scléro-atrophique.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 9 mm. Opacification des fines branches intra-hépatiques. Passages duodénaux très lents.

Cholédotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Polype de 3 mm de diamètre sur le bord externe de la papille. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 17^e jour.

13 mars 1958. — Vie normale. Plus aucune crise. Pas de régime. Jamais plus de diarrhée comme auparavant. A été stabilisée deux ans après l'opération. RESULTAT : Excellent.

N° 15. — M^{me} R... Marguerite. 1880. D^{rs} Bardon et Augier.

Lithiase cholédocienne opérée en cours d'ictère.

1938. — Ictère par rétention qui dure trois semaine.

Juillet 1954. — Crise de coliques hépatiques avec deux fois ictère par rétention passager. Actuellement, crises subintrantes avec ictère et prurit.

25 novembre 1954. — INTERVENTION : Péricholécystite importante. Ouverture de la vésicule pour disséquer le cystique. Cholécotomie sur un gros calcul qu'on extrait. Papilloplastie trans-duodénale par laquelle on complète la vidange cholédocienne de boue et de nombreux calculs. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

CHOLANGIOGRAPHIE de contrôle : Cholédoque 15 mm. Pas d'image suspecte.

SUITES : Normales. Sort le 19^e jour.

12 février 1958. — RESULTAT : Excellent.

N° 16 M^{me} D... Marie. 1885. D^{rs} March et Barriéra.

Lithiase cholédocienne récidivée.

1916. — Colique hépatique isolée.

1926. — Quelques troubles dyspeptiques.

1947. — Nouvelles coliques hépatiques qui deviennent hebdomadaires à partir de 1951.

1951. — RADIO : Vésicule opacifiée. Pas de calcul visible.

9 mars 1951. — 1^{re} INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Calculs dans la vésicule dont un bloqué dans le cystique. Petits calculs perçus dans le cholédoque. Cholécotomie : Extraction. Suture primitive du cholédoque D. C. A. SUITES : 2^e jour T° 39°; 6^e jour nouveau clocher à 39°. Propidon. Sort le 32^e jour apyrétique.

11 novembre 1954. — Crise de coliques hépatiques avec T° nécessitant des antibiotiques. Selles décolorées.

RADIO : Cholédoque 20 mm. A maigri de 10 kg.

29 décembre 1954. — 2^e INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Libération du cholédoque dans lequel on sent un calcul. **On ne trouve plus trace de la cholécotomie antérieure.**

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 18 mm. Opacification des fines branches hépatiques.

Cholécotomie : Extraction du calcul. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 14^e jour.

11 mars 1958. — Etat parfait. A engraisé de 10 kg et a été stabilisée 6 mois après l'opération.

RADIO : Cholangiopneumie légère, visible en station debout. Pas de reflux. Cholédoque 15 mm. A la 45^e minute opacification du duodénum.

RESULTAT : Excellent.

N° 17. — M^{me} M... Josephine. 1888. D^r Rosanoff.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1900. — Typhoïde très grave.
1925. — Hystérectomie subtotale pour fibrome.
1953. — Crises de coliques hépatiques avec ictère. Depuis crises chaque mois.
18 novembre 1954. — RADIO : D^r Daviot. Vésicule bourrée de calculs. Cholédodque 9 mm.
4 janvier 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Vésicule lithiasique. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.
CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédodque 12 mm. Petites images de calculs du bas cholédodque.
Cholédodcotomie : Extraction des calculs. Papilloplastie trans-duodénale.
Suture primitive du cholédodque D. C. A.
SUITES : Normales. Sortie le 12^e jour.
8 mars 1955. — Cure chirurgicale : Hernie crurale droite étranglée.
21 janvier 1958. — Plus de crises. Plus de troubles biliaires. Par contre pyrosis.
RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux, mais hernie hiatale comme une mandarine.
RESULTAT : Excellent.

N° 18. — M. G... François. 1887. D^r Folacci.

Empierrement du cholédodque.

1915. — Troubles gastro intestinaux mal définis. Maelena.
1919. — Ictère catarrhal.
1920. — Appendicectomie sans résultat. Progressivement se précisent deux pôles douloureux, l'un évoquant des troubles biliaires, l'autre un ulcère duodénal.
11 octobre 1944. — 1^{re} INTERVENTION : Gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal. Amélioration importante. Mais crises coliques vésiculaires.
22 janvier 1945. — 2^e INTERVENTION : D^r Barraya. Vésicule très tendue pancréas induré. Cholécysto duodénostomie sur le moignon.
Novembre 1946. — Apparition de nouvelles crises douloureuses devenant de plus en plus fréquentes avec par moment subictère et T^o.
6 janvier 1955. — 3^e INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Empierrement du cholédodque. Cholécystectomie en enlevant l'anastomose qui était largement perméable. Cholédodcotomie. Extraction d'une multitude de calculs. Papilloplastie transduodénale. Pus dans le cholédodque. Suture primitive du cholédodque. D. C. A.
SUITES : Petite collection pariétale. Sorti le 33^e jour.
3 avril 1955. — Allait correctement jusque là. Est décédé très rapidement sans que le médecin ait pu l'examiner.
RESULTAT : Médiocre.

N° 19. — M. M... Emile. 1910. D^{rs} Citterio et Girard.

Lithiase cholédocienne opérée en cours d'ictère.

1950. — Crises douloureuses de l'hypocondre droit durant un à deux jours, se renouvelant depuis.

1^{er} décembre 1954. — Ictère par rétention.

13 janvier 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule inflammatoire contenant un gros calcul. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 9 mm. Un calcul près de la papille. Cholécotomie : Paroi cholédocienne épaisse. Extraction d'un calcul. Papiloplastie trans-duodénale. Suture primitive du duodénum D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 10^e jour.

21 mars 1958. — Pas de régime. Parfois diarrhée post-prandiale. Quelques ballonnements.

RADIO : Cholédoque 9 mm. Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux. Grosse ampoule épiph rénique.

RESULTAT : Excellent.

N° 20. — M^{me} B... Emma. 1889. D^{rs} Leblond et Girard.

Lithiase cholédocienne et fistule cholécysto-gastrique.

1950. — Début des crises douloureuses de l'hypocondre droit durant deux heures de plus en plus fréquentes avec vomissements.

28 octobre 1954. — RADIO : D^r Girard. Vésicule exclue. Lithiase probable.

29 novembre 1954. — 1^{re} INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Fistule entre la vésicule et la face antérieure de l'antre. Libération, section, suture de l'antre. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Pas d'image suspecte. Ligature cystique, fermeture.

SUITES : Simples. Puis un mois après, apparition d'un subictère.

24 janvier 1955. — 2^e INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Libération pénible du cholédoque. Cholécotomie. Paroi cholédocienne épaisse. Extraction de plusieurs calculs. Papiloplastie trans-duodénale. Gastrectomie Polya à cause du mauvais état du duodénum. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 17^e jour.

12 février 1958. — Va très bien.

RESULTAT : Excellent.

N° 21. — M^{me} C... Annette. 1899. D^r Hubaut.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1919. — Crises hépatiques avec subictère.

1945. — Hystérectomie totale pour fibrome.

1954. — Crises douloureuses épigastriques, sans température ni ictère. Petite diarrhée post-prandiale.
1955. — Crises subintrantes irradiant dans l'hypocondre gauche et les dos. Ces crises sont suivies d'une émission diarrhéique.
 RADIO : Cholécystite lithiasique. Cholédogue 20 mm.
- 24 janvier 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
 Vésicule bourrée de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.
 CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédogue 13 mm. Pas de calcul visible.
 Cholécotomie : Extraction de calculs. Papilloplastie trans-duodénale.
 Suture primitive du cholédogue.
 Contrôle radiographique : bonne continence. D. C. A.
 SUITES : Normales. Sort le 17^e jour.
- 7 mars 1958. — A engraisé de 11 kg. Travaille normalement. Mange de tout « et surtout les angoisses ont cessé ». Très rarement petite diarrhée.
 RESULTAT : Excellent.

N^o 22. — M^{me} B... Emilie, 1871. — D^r Torrel.

Lithiase cholédocienne et fistule cholecysto-duodénale

1915. — Coliques hépatiques avec subictère. Tous les deux ou trois ans, incidents d'allure lithiasique peu importants, mais toujours fébriles.
1950. — Fracture du col du fémur ayant nécessité un enclouage puis une plastie acryl un an après.
- 24 novembre 1954. — Crises douloureuses subintrantes avec ictère par rétention variable. T^o entre 38^o et 39^o.
- 7 février 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. : D^r Miniconi.
 Libération de la fistule. Fermeture du duodénum. Cholécystectomie.
 CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédogue 10 mm. Opacification des fines branches hépatiques. Calculs.
 Cholécotomie : Extraction de plusieurs calculs et de boue biliaire. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédogue D. C. A.
 SUITES : Simples. Sort 30^e jour, par convenance personnelle.
- 25 février 1958. — « Etat merveilleux ». Reprise de 8 kg. Jamais un malaise, jamais une douleur.
 RESULTAT : Excellent.

N^o 23. — M^{me} F... Jeanne, 1902. — D^r Mauricet.

Lithiase vésiculaire. Sténose de la papille

1931. — Crises de coliques hépatiques. Depuis cette époque, les crises se sont répétées plusieurs fois avec migraines et vomissements sur fond douloureux sourd.
1941. — Cholécystite aiguë. T^o 40^o. Ictère.
1948. — RADIO : Lithiase vésiculaire et cholécystatonie.
1952. — Nouvelle RADIO provoque une violente crise de coliques hépatiques.
- 18 février 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
 Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Vésicule contenant des petits calculs comme des pois.
 CHOLANGIOGRAPHIE : Papille ponctiforme. Pas de passage duodénal. Sphinctéroplastie trans-duodénale qui permet le passage de la sonde de 8 mm. Contrôle radiologique. Continence convenable. Suture primitive du cholédogue D. C. A.
 SUITES : normales. Sort du 12^e jour.

27 mars 1958. — Après l'opération, migraines et quelques vomissements qui ont été améliorés par trois saisons à Vichy. A présenté une seule fois une crise semblable à une colique hépatique, « dans l'ensemble amélioration considérable ».

RADIO : Ne provoque pas de crise. Opacification normale des voies biliaires. Cholédogue de 14 mm., 20 minutes après injection. Légère cholangiopneumie. Probabilité. Calcul dans le cholédogue.

RESULTAT : Correct.

24. — M. F... François, 1906. — D^r H. Rosanoff.

Association d'une ulcère gastrique et d'une sténose de la papille.

1916. — Paludisme.

1925. — Début d'un syndrome douloureux gastrique à type ulcéreux.

1941. — Cholécystectomie dans une autre clinique.

1955. — Les crises douloureuses continuent à se manifester et présentent parfois une allure nettement biliaire. Vomissements. Amaigrissement.

18 février 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Excision de l'ancienne cicatrice. Infiltration ulcérée de la petite courbure. Gastrectomie FINSTERER.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédogue de 9 à 14 mm. suivant la pression. Sténose du cholédogue inférieur et de la papille sur un cm.

Cholédocotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédogue D. C. A.

Examen histologique : Ulcère et gastrite chronique.

Culture de la bile : Staphylocoques dorés.

Suites : Très simples. Sort 10^e jour.

V-58. — Revu à plusieurs reprises. Souffre par périodes de douleurs très diffuses de l'étage sous-ombilical et à la base du thorax. Ne paraît pas autant qu'on puisse le dire avoir de troubles de la sphère biliaire.

RESULTAT : Médiocre.

N^o 25. — M^{me} M... Golda, 1890. — D^r G. Rosanoff.

Lithiase vésiculaire. Sténose oddienne.

1925. — Crise douloureuse épigastrique irradiée à l'omoplate. Depuis 5 crises en tout dont une en 1927 avec ictère.

1927. — Appendicectomie.

22 novembre 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule scléro-atrophique contenant des calculs.

Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédogue 15 mm. Papille ponctiforme.

Cholédocotomie : Pas de calcul. Papilloplastie trans-duodénale. Fermeture primitive du cholédogue D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 15^e jour.

18 mars 1958. — Excellent état. Régime banal. A grossi de 3 kg. Parfois diarrhée comme de l'eau.

RADIO : Cholangiopneumie légère. Cholédogue 13 mm.

Pas de reflux baryté.

RESULTAT : Excellent.

N^o 26. — M^{me} G... Mathilde, 1909. D^r Warnecke.

Lithiase cholédocienne. Cas complexe.

1926. — Diphtérie.

1945. — Crise douloureuse de l'hypocondre droit avec, de temps en temps, selles décolorées.
1946. — 1^{re} INTERVENTION dans une autre clinique.
Cholécystectomie : Vésicule contenant 13 calculs. Depuis souffre davantage. Douleurs de même type, douleurs continues entre les crises. Siège : creux épigastrique hypocondre droit avec, parfois, irradiations postérieures médianes. Sensation de gêne, de brûlures, nausées, anorexie, insomnies. Insuccès de 6 infiltrations splanchniques.
1950. — 2^e INTERVENTION : Exploration cholédocienne négative. Continue à souffrir.
1951. — 3^e INTERVENTION dans une autre clinique :
Exploration cholédocienne. Ouverture du sphincter où l'on aurait trouvé une sorte de polype.
Améliorée du point de vue douleur de type biliaire, mais persistance des douleurs épigastriques. Pendant un certain temps le diagnostic d'ulcère de la petite courbure est porté.
1953. — 4^e INTERVENTION dans une autre clinique : Gastro-entérostomie plus appendicectomie. Aucune amélioration. Réapparition des douleurs de l'hypocondre droit.
1955. — RADIO : Calcul de 4 mm de diamètre du cholédoque inférieur.
- 6 juin 1955. — 5^e INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Gastro-entérostomie normale. Long moignon de cystique.
CHOLANGIOGRAPHIE : Résiduelle à 12 cm.
Cholédoctomie : On trouve un calcul comme une lentille. Papilloplastie trans-duodénale. Fermeture primitive du cholédoque D. C. A.
SUITES : Normales. Sort le 16^e jour. Amélioration nette, mais vertiges.
- Novembre 1955. — Doit garder le lit. Traitement médical : cortisone, pro-banthine.
- Mars 1957. — Entérocolite.
- Mai 1957. — Suppression de la gastro-entérostomie dans une autre clinique.
RESULTAT : Médiocre.

N° 27. — M. P... Alfred, 1887. D^r Pesle.

Lithiase cholédocienne opérée en cours d'ictère.

1925. — Asthme.
1949. — L'asthme a diminué.
- Décembre 1954. — Syndrôme épigastrique avec irradiation dorsale.
Diarrhée post-prandiale presque quotidienne.
- 3 avril 1955. — Subictère. T° 38°. Vomit depuis 48 heures avec des filets de sang.
RADIO : Vésicule exclue. Cholédoque 8 mm.
Doloso-manie à cause de son asthme.
- 8 avril 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Intervention en cours d'ictère. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Cholédoque de la taille d'un pouce.
Cholédoctomie : Extraction de calculs comme des grains de mil et de boue biliaire. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.
SUITES : Ictère rétrocede en 6 jours. Sort le 11^e jour.
- 19 mars 1958. — Va très bien. Mange de tout. Les crises d'asthme s'étaient arrêtées un peu avant l'intervention et étaient remplacées par des crises douloureuses.
RESULTAT : Excellent.

N° 28. — M^{me} B... Simone, 1920. D^r Sassi et Marassi.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Opérée en cours d'ictère.

1930. — R. A. A.

1948. — Crise douloureuse vésiculaire.

Mars 1955. — Coliques hépatiques très fréquentes et fébriles. Ictère par rétention au moment de l'opération avec gros foie sensible et débordant. Fibrillation auriculaire. Dyspnée d'effort.

2 juin 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule remplie de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 6 mm. Défilé filiforme de 1 cm au niveau du cholédoque terminal.

Cholédocotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

26 février 1958. — Vie normale. Pas de régime. A repris 20 kg. N'a plus les céphalées qu'elle avait auparavant.

RESULTAT : Excellent.

N° 29. — M^{me} S... Louise, 1900. D^r Sassi.

Lithiase cholédocienne et sténose de la papille.

1952. — Crises douloureuses de l'hypocondre droit. Régime sévère.

12 février 1955. — RADIO : D^r Lecomte. Vésicule à peine opacifiée, bourrée de calculs.

6 juillet 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule contenant des calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 12 mm. Sténose papille. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 15^e jour.

10 mars 1958. — Travail 12 heures par jour. A repris 9 kg depuis l'opération.

RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux baryté. Opacification du cholédoque 15 minutes après l'injection — diamètre 16 mm — Duodénum magnifique.

RESULTAT : Excellent.

N° 30. — M^{me} C... Suzanne, 1885. D^r de Alberti.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1920. — Crises hépatiques survenant irrégulièrement chaque année, nécessitant un régime très sévère.

2 juin 1955. — Vomissement. T° à 39°. Urines acajou. Masse comme un gros œuf perçue dans l'hypocondre droit.

18 juin 1955. — RADIO : Cholédoque 18 mm avec images calculeuses à l'intérieur.

22 juin 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule de la taille d'une aubergine bourrée de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Le cholédoque contient quatre calculs. Cholédocotomie : Extraction des calculs. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 13 mm. Fines branches hépatiques opacifiées. Calculs visibles.

Contrôle : Bonne continence. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 17^e jour.

16 juin 1958. — Etat magnifique. Régime raisonnable.

RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux. Cholédoque 15 mm.

RESULTAT : Excellent.

N° 31. — M. C... Valéry, 1881. D^{rs} Vilain et Audoly.

Lithiase du cholédoque opéré en cours d'ictère.

1936. — Absès du poumon, base gauche.

1941. — Prostatectomie dans une autre clinique.

14 juin 1955. — Crise douloureuse abdominale avec ictère irrégulier. T^o. Malade artério-scléreux présentant un cœur sénile en arythmie.

27 juin 1955. — **INTERVENTION :** D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Cholédoque de la taille d'un pouce.

Cholédotomie : Extraction de trois calculs et de boue biliaire. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

SUITES : Au 3^e jour, tableau d'occlusion intestinale avec hémorragie par le drain et la plaie opératoire ; au 8^e jour défaillance cardiaque. D. C. D.

N° 32. — M. L... Lucien, 1922. D^r Ruas.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1950. — Début des phénomènes douloureux, type crampes avec vomissement aqueux.

1954. — Crises plus importantes avec subictère.

Mars 1955. — **RADIO :** Vésicule exclue. Cholédoque 9 mm. A maigri de 10 kg depuis 1950.

27 juillet 1955. — **INTERVENTION :** D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule bourrée de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE par le cystique : montre très nettement un calcul. Cholédoque 9 mm.

Cholédotomie : Extraction de plusieurs calculs. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 8^e jour.

20 mars 1958. — Très bon appétit. A mis un an pour se stabiliser. Se trouve mieux qu'avant la maladie.

RADIO : Aucune réaction à l'examen. Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux. Cholédoque 9 mm.

RESULTAT : Excellent.

N° 33. — M^{me} C... Suzanne, 1890. D^r Crabouillet.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1895. — A l'âge de cinq ans ictère.

1949. — Quelques crises d'aspect vésiculaire.

1954. — Nouvelle crise qui a duré un mois et a nécessité le lit.

1955. — RADIO : D^r Girard. Vésicule non injectée. Probabilité de calculs du cholédoque.

Avril 1955. — Ictère par rétention. A maigri de 12 kg en un an.

28 juillet 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Opérée après la disparition de l'ictère. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Vésicule scléro-atrophique contenant des calculs.

Reflux CHOLANGIOGRAPHIE : Image en cupule à la terminaison du cholédoque. dans le wirsung. Opacification des fines branches intra-hépatiques. Cholédoque de 13 mm de diamètre.

Cholédocotomie : Extraction de plusieurs calculs. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque.

Radio de contrôle : Bonne continence. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 18^e jour.

1957. — Une crise de foie semblable aux précédentes, mais beaucoup moins importante. A repris 12 kg. Diarrhée post-prandiale qui « brûle » s'il prend du bourget. Il dit, cependant : « Je suis ressuscité ».

RADIO : Cholédoque 14 mm qui s'écoule librement. Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux baryté.

RESULTAT : Correct.

N° 34. — M^{me} F... Jeanne, 1888. D^{rs} Luigi et P. Augier.

Lithiase cholédocienne opérée en cours d'ictère.

1908. — Fièvre typhoïde.

1919. — Début de crises d'allure biliaire : une à deux crises par an.

1929. — Appendicectomie. Persistance des crises.

6 juin 1955. — RADIO : Cholédoque 18 mm. Vésicule non injectée dans laquelle on a l'impression de voir un calcul.

16 juillet 1955. — Apparition d'un ictère par rétention.

30 juillet 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Le cholédoque contient trois calculs.

Cholédocotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque.

CHOLANGIOGRAPHIE de contrôle : Pas d'image suspecte. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 10^e jour.

3 avril 1958. — Va très bien. Appétit normal. Pas de régime. Convalescence d'un mois. A été très bien par la suite.

RADIO : Aucun malaise provoqué par la radio. Léger pneumo-cholédoque. Hépto-cholédoque visible à la 20^e minute. Cholédoque de 10 mm.

RESULTAT : Excellent.

N° 35. — M. B... Thadée, 1906. D^r Nicolay.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1927. — Début des crises de cholécystite.

1928-1929. — Crises accompagnées d'ictère, sans température.

Mai 1955. — RADIO : Lithiase vésiculaire. Cholédoque 12 mm.

2 novembre 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant. Calcul incrusté dans le parenchyme hépatique.

Cholédotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque D. C. A.

CHOLANGIOGRAPHIE per-opératoire : Cholédoque 12 à 15 mm. Pas de reflux dans le wirsung. Opacification des branches moyennes intra-hépatiques.

28 février 1958. — Parti à LA NOUMEA. Va assez bien. Asthme. Surveille son régime.

RADIO : Cholédoque 12 mm. Bonne perméabilité. A la 20^e minute, hépatique visible. Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux baryté.

RESULTAT : Correct.

N° 36. — M^{me} V... Marie, 1899. D^r Rosner.

Lithiase vésiculaire et papillite sténosante.

1951. — Coliques hépatiques typiques, répétées 2 à 3 fois par an. Entre à l'hôpital.

18 novembre 1955. — Ictère type rétention peu intense.

RADIO : Lithiase vésiculaire. Cholédoque 15 mm.

16 décembre 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie rétrograde. Vésicule contenant 2 calculs. Cholédoque de 20 mm.

CHOLANGIOGRAPHIE : Par le cystique. Pas de passage duodénal. Cholédotomie : Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sortie le 30^e jour de l'hôpital.

2 août 1958. — Digestions parfois pénibles. Quelques sensations d'étouffement 1 heure après le repas.

RESULTAT : Correct.

N° 37. — M^{me} C... Berthe, 1901. D^r Broutin.

Lithiase cholédocienne et fistule cholécysto-duodénale.

1950. — Crises douloureuses d'aspect biliaire avec vomissements se répétant jusqu'en 1952 où elle rend un calcul comme un œuf de pigeon dans les selles. Se trouve bien pendant un an.

1953. — Reprise des crises.

9 mai 1955. — Celles-ci se répètent tout les deux jours.

- RADIO : D^r Levère. Voies biliaires injectées de gaz. Pas de reflux baryté.
- 21 décembre 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Fistule cholécysto-duodénale. Section de la fistule. Suture du duodénum.
Cholécystectomie.
- CHOLANGIOGRAPHIE par ponction cholédocienne : montre un calcul.
Cholédotomie : Extraction d'un calcul et de boue biliaire. Papilloplastie
trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.
- SUITES : Normales. Sortie le 10^e jour.
- Mai 1958. — RADIO : Gros cholédoque 15 mm. Pas de reflux. Pas de cholangiopneumie.
- RESULTAT : Excellent.

N^o 38. — M^{me} C..., Alice, 1892. D^r Warnecke.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne opérée en crise.

1930. — Début des crises douloureuses de l'hypocondre droit peu fréquentes.
1950. — Crise continue pendant un mois.
- RADIO : Volumineux calcul vésiculaire unique. Douleurs subintrantes pendant les dernières semaines précédant l'opération. Malade morphinomane, tabétique, obèse, présentant à l'E. C. G. un bloc de branches gauche.
- 26 janvier 1956. — RADIO : Cholédoque de 20 mm avec calcul probable et gros calcul vésiculaire.
- 2 février 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Vésicule lithiasique.
- CHOLANGIOGRAPHIE : Opacités sur le cholédoque. Cholédotomie qui permet d'extraire six calculs comme des lentilles. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.
- SUITES : Le 2^e jour chute brutale de la T. A. Syndrôme abdominal bâtarde. élévation thermique à 41°.
- 6 février 1956. — D. C. D. : Vérification nécroscopique : La suture du cholédoque est normale, le tissu pancréatique sphacelé est comparable à de l'étaupe : pancréatite aiguë.

N^o 39. — M^{me} M..., Jeanne, 1909. D^r de Chanaleilles.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Opérée en période d'ictère.

1948. — Hystérectomie sub-totale pour fibrome avec appendicectomie.
- Janvier 1956. — Crises douloureuses de l'hypocondre droit.
- 6 février 1956. — Ictère par rétention.
- RADIO : Image douteuse de calculs vésiculaires. Voie biliaire principale non injectée.
- 29 février 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Vésicule scléro-atrophique pleine de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

Cholécotomie : Extraction de cinq à six calculs de deux à 8 mm de diamètre.

CHLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 12 mm. Opacification des fines branches intra-hépatiques. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 10^e jour.

7 février 1958. — Va très bien. Pas de régime.

RESULTAT : Excellent.

N° 40. — M^{me} M... Rose, 1906. D^r Rosner.

Lithiase vésiculaire et sténose de la papille.

1936. — Début des douleurs de l'hypocondre droit avec vomissements biliaires.

1938. — Appendicectomie.

1951. — Crises douloureuses de plus en plus fréquentes pour être finalement subintrantes.

Février 1956. — Douleurs extrêmement vives. Urine foncée. Selles souvent décolorées. Pas d'ictère.

RADIO : Deux calculs dans la vésicule qui fonctionne bien. Cholédoque de 9 mm, sans calcul visible.

12 mars 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule distendue avec calcul du cystique. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 10 mm. Papille et bas cholédoque filiformes sur 1 cm.

Cholécotomie : Papilloplastie trans-duodénale.

RADIO de contrôle : Continence bonne. Cholédoque de 5 mm après vidange. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 11^e jour.

Juillet 1956. — A gardé des nausées depuis l'opération. Souffre du creux épigastrique et a présenté une poussée thermique à 40°.

RADIO : Cholangiopneumie : Image pâle du cholédoque à la 90^e minute.

Avril 1957. — Crises avec céphalées, vomissements. T° 38°5-39°.

Mars 1958. — Présente tous les 10 jours une crise douloureuse identique à celles présentées avant l'opération avec T° 39°.

RADIO : Cholangiopneumie. Reflux baryté. Cholédoque 6 mm. Rétrécissement filiforme de la partie inférieure du cholédoque sur 1 cm.

RESULTAT : Médiocre.

N° 41. — M. J... Robert, 1906.

Lithiase vésiculaire et papillite sténosante.

Janvier 1956. — Crises douloureuses de l'hypocondre droit, avec subictère et selles décolorées pendant quelques jours.

RADIO : Lithiase vésiculaire. Cholédoque légèrement dilaté.

16 mars 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Cholécystectomie

rétrograde sous séreuse. Calculs dans la vésicule.

CHOLANGIOGRAPHIE : Mauvais passage duodénal. Cholécotomie. Papiloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 20^e jour.

Janvier 1958. — RESULTAT : Excellent.

N^o 42. — M. S... Michel, 1883. D^r Fornari.

Lithiase cholédocienne.

1933. — Syndrôme douloureux de l'hypocondre droit.

1934. — Cholécystectomie dans une autre clinique. Dans les suites immédiates coliques hépatiques persistent et se répètent tous les trois mois.

1955. — RADIO : Image coralliforme au contact du duodénum.

3 avril 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

On dégage avec peine un moignon cystique dilaté du volume d'une grosse noix contenant des calculs. Exérèse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 22 mm : calcul.

Cholécotomie : Extraction d'un calcul. Papiloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 25^e jour.

Novembre 1956. — Engraissé de 12 kg.

Novembre 1958. — Présente depuis l'opération des éructations avec douleurs transversales intermittentes. Urines foncées, nausées, vomissements l'obligeant à s'aliter pendant 3 jours. A gardé son poids, mais se traite médicalement. Récidive probable de la lithiase cholédocienne dont nous n'avons pu obtenir la preuve radiologique.

RESULTAT : Médiocre.

N^o 43. — M^{me} P... Marguerite, 1894. D^r de Chanaleilles.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1918. — Ovariectomie plus appendicectomie.

1925. — Cure d'éventration.

15 janvier 1956. — Syndrôme douloureux épigastrique avec vomissement alimentaire et selles décolorées deux à trois fois. Présente de façon permanente des lourdeurs épigastriques. A maigri de 15 kg en trois mois.

Examen : Défense nette de l'hypocondre droit. A présenté un ictère quelques semaines avant l'opération.

10 avril 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule contenant des calculs et de la boue biliaire. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 7 mm. Défilé filiforme de 15 mm de long à sa partie terminale. Pas de passage duodénal.

Cholécotomie : Papiloplastie trans-duodénale. La tête du pancréas est indurée. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 10^e jour.

5 mars 1958. — Est allée très bien trois mois après l'opération. A engraisé de 18 kg. Pas de régime. Selles normales.

RESULTAT : Excellent.

N° 44. — M^{me} B... Marie-Charlotte, 1903. D^r Girard.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Opérée en crise aiguë.

1935. — Pleurite des sommets.

9 avril 1956. — Cholécystite aiguë.

5 mai 1956. — RADIO : D^r Girard. Vésicule pleine de calculs. Cholédoque 10 mm contenant deux calculs. A maigri de 4 kg.

16 mai 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule bourrée de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Cholédoque de 1 cm. Perception manuelle de deux calculs de la taille d'une lentille.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 9 mm. Micro-calculs du cholédoque inférieur.

Cholédotomie : Papilloplastie trans-duodénale permettant d'extraire un calcul enclavé dans la papille. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 18^e jour.

21 février 1958. — Aucune crise. Pas de régime. Mange de la mayonnaise.

A pris 8 kg. A mis un an pour acquérir un état permanent.

RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux. Cholédoque bien continent.

RESULTAT : Excellent.

N° 45. — M^{me} A... Elise, 1894. D^r Girard.

Lithiase vésiculaire. Sténose oddienne.

1940. — Appendicectomie pour appendicite gangrenée.

1949. — Crises de coliques hépatiques assez espacées.

1943. — Hystérectomie.

1945. — Pleurésie gauche. Crises hépatiques fréquentes.

22 juin 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule remplie de calculs. Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 8 mm. Passage duodénal très lent. Cholédotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Température. Sort le 70^e jour.

Mars 1958. — Mange normalement. Fatigabilité. Parfois, par périodes de quelques jours, diarrhée une heure après les repas ; la malade dit : « Il manque un régulateur ». Grossit de 15 kg.

RESULTAT : Correct.

N° 46. — M^{me} R... Georgette, 1918. D^r Brughière.

Sténose de la papille.

1946. — Crises de coliques hépatiques classiques de plus en plus nombreuses.

1956. — RADIO : D^r F. Levère. Calcul vésiculaire, hépato-cholédoque d'aspect normal.

23 juillet 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule remplie de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Image arrondie de trois mm de diamètre du bas-cholédoque.

Cholécotomie : Papille filiforme. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 10^e jour.

25 novembre 1958. — « Etat merveilleux ». Aucune crise.

RADIO : Bonne opacification des voies biliaires dans des délais normaux. Cholédoque 3 mm.

RESULTAT : Excellent.

N^o 47. — M^{me} L... Marthe, 1897. D^r Korhn.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1920. — Début des crises de cholécystite.

1954. — Crise particulièrement violente avec fièvre, sans ictère.

RADIO : Vésicule remplie de calculs. Mauvaise évacuation cholédocienne. Cholédoque 14 mm.

1^{er} août 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule pleine de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque de 15 mm. Fines branches intra-hépatiques opacifiées. Reflux dans le wirsung.

Perception d'un calcul à la palpation. Cholécotomie. Ablation d'un calcul de 4 mm de diamètre. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque.

RADIO de contrôle : Montre la présence d'un sphincter encore valable. D.C.A.

SUITES : Simples. Sort le 20^e jour.

15 mars 1958. — Convalescence a duré deux mois. Poids stationnaire. Malaises à 10 heures du matin et petits troubles.

RADIO : Cholédoque 15 mm. Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux baryté.

RESULTAT : Correct.

N^o 48. — M. G... Dominique, 1917. D^r Chipponi.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1955. — Début de crise typique d'aspect biliaire.

1956. — Appendicectomie à froid.

3 juillet 1956. — RADIO : Plusieurs calculs vésiculaires. Un calcul cholédocien.

3 novembre 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule contenant de nombreux calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

Cholédocotomie : Extraction d'une vingtaine de calculs.
Duodénotomie : Extraction d'un calcul enclavé dans la papille. Papilloplastie. Suture primitive du cholédoque.

CHOLANGIOGRAPHIE de contrôle : Continence satisfaisante. D. C. A.
SUITES : Simples. Sort le 16^e jour.

2 avril 1958. — Aucune douleur. Aucun régime. Grossit de 9 kg. A été rétabli un mois après l'opération.

RADIO : N'a présenté aucune mausee ni douleur lors de l'examen. Légère cholangiopneumie. Reflux baryté. Voie principale très fine.

RESULTAT : Excellent.

N^o 49. — M^{me} B... Madeleine, 1890. D^r Brughières.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1954. — Début de crises typiques qui sont devenues de plus en plus fréquentes.

19 novembre 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Vésicule scléro-atrophique rétractée sur des calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 12 à 15 mm. Calculs.
Cholédocotomie : Extraction de deux gros calculs. Papilloplastie trans-duodénale. Fermeture primitive du cholédoque. D. C. A..

SUITES : Simples. Sort le 14^e jour.

20 février 1958. — N'a jamais plus eu aucune douleur. Petit régime. Evite les saucis. Constipation légère.

RESULTAT : Excellent.

N^o 50. — M^{me} D... Andrée, 1910. D^r H. Rosanoff.

Papilloplastie présentant le reflux maximum.

Décembre 1954. — Violentes crises douloureuses de l'hypocondre droit avec vomissements bilieux très abondants.

Août 1956. — Nouvelle crise très violente. Subictère. Selles presque complètement décolorées.

Novembre 1956. — RADIO : D^r Daviot. Vésicule exclue contenant deux calculs.

20 novembre 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Cholécystite lithiasique scléro-atrophique. Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 12 mm. Image de calcul à sa partie moyenne. Opacification des fines branches intra-hépatiques.

Cholédocotomie : Extraction d'un calcul de 1 cm de diamètre.
Papillotomie : Extraction d'un calcul de 4 mm de diamètre. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 18^e jour.

11 mars 1958. — Va très bien. Travail normal.

RADIO : Reflux baryté sans TRENDELENBURG. Wirsung visible. Pas d'opacification des voies biliaires à la cholangiographie intra-veineuse.

RESULTAT : Excellent.

N° 51. — M^{me} D... Hélène, 1894. D^r Boyer.

Lithiasé cholédocienne opérée en crise.

1942. — Hystérectomie pour fibrome.

1953. — Coliques hépatiques de plus en plus fréquentes avec chaque fois, urine acajou.

1954. — 1^{re} INTERVENTION : Cholécysectomie pour lithiasé vésiculaire dans une autre clinique.

1956-1957. — Crises très importantes.

21 décembre 1956. — RADIO : D^r Boyer. Cholédoque de 20 mm : tomographie : calculs visibles au niveau de la papille.

11 janvier 1957. — 2^e INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Cholédocotomie : Extraction de calculs friables.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 12 mm. Absence de calculs.

Papilloplastie trans-duodénale. Vérification radiographique : bonne contenance. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 13^e jour.

28 janvier 1958. — Plus aucune douleur. Bonne digestion.

RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux. Peut-être image de **calcul du bas-cholédoque.**

RESULTAT : Excellent.

N° 52. — M^{me} M... France, 1893. D^r Girard.

Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.

1939. — Appendicéctomie à froid. Un mois après début des crises de cholécystite qui se sont accentuées.

RADIO : 10 à 12 calculs intra-vésiculaires. Voie biliaire principale d'aspect normal.

16 janvier 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécysectomie d'arrière en avant sous-séreuse. Vésicule contenant des calculs.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 10 à 12 mm. Fines branches intra-hépatiques injectées.

Cholédocotomie : Papilloplastie trans-duodénale. Papille occupée par un calcul de 3 mm de diamètre. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 12^e jour.

3 février 1958. — Mène une vie normale. Digère bien. Pas de régime. Pas de crise.

RADIO : Deux à trois bulles d'air dans la partie supérieure de l'arbre biliaire. Opacification rapide d'un cholédoque de 10 mm.

RESULTAT : Excellent.

N° 53. — M^{me} S... Marguerite, 1894. D^r Luigi.

Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.

1950. — Cholécystite aiguë. Depuis, deux à trois fois chaque année, présente des crises douloureuses de l'hypocondre droit.
- Février 1957. — Subictère. Vomissements. T° 38°.
- RADIO : Image opacifiée à droite du duodénum de contours irréguliers.
- 17 janvier 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Fistule cholécysto-duodénale. Vésicule atrophique contenant des débris calculeux. Cholécystectomie.
- CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 14 mm. Calculs.
Cholédotomie : Extraction de 4 calculs friables et de boue biliaire.
Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque.
- RADIO de contrôle : Bonne continence. D. C. A.
- SUITES : Simples. Sort le 13^e jour.
- 27 mars 1958. — Excellent aspect. Selles régulières. Jamais de crise.
- RESULTAT : Excellent.

N° 54. — M^{me} P... André, 1910. D^r Picaud.

Ictère par rétention.

- Depuis 1936. — Crises douloureuses de l'hypocondre droit.
- Janvier 1957. — Prurit, ictère, pesanteur hypocondre. Selles décolorées.
- RADIO : Faible opacification d'une grosse vésicule.
- 25 janvier 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Vésicule sous tension, ne contenant pas de calcul.
- CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 5 mm. Reflux dans le Wirsung.
Passage duodénal médiocre. Papille longue et mince. Papilloplastie trans-duodénale.
Cholécystostomie. D. C. A.
- 6 novembre 1957. — RADIO : Contrôle par la cholécystostomie. Cholédoque 4 mm passages duodénaux facile.
- SUITES : Simples. Sort le 18^e jour.
- Mars 1958. — RESULTAT : Excellent.

N° 55. — M^{me} P... Simone, 1920. D^r M. Duplay.

Sténose de la papille.

- 1^{er} mai 1956. — Première crise douloureuse avec ictère par rétention évident. Depuis, en permanence, dyspepsie d'aspect biliaire et fréquemment petites crises avec subictère.
- RADIO : Vésicule bourrée de calculs. Voie biliaire principale paraît normale.
- 29 janvier 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Vésicule contient trois calculs. Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant.
- CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque de 9 mm. Opacification des fines branches intra-hépatiques. Important reflux dans le wirsung.
Cholédotomie : Papilloplastie trans-duodénale. On retire de la boue

biliaire. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 10^e jour.

18 mars 1958. — Ski montagne. Mondanités.

RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux baryté. Cholédoque de taille normale.

RESULTAT : Excellent.

N^o 56. — M^{me} G... Marie-Thérèse, 1891.

Fistule vésiculaire. Lithiase du cholédoque.

1944 à 1951. — Coliques hépatiques nécessitant la morphine plusieurs fois par semaine.

1951. — 1^{re} INTERVENTION : Cholécystendèse dans une autre clinique. Ablation de calculs. Vingt-huit jours de clinique.

1953. — Cholécystique aiguë suppurée :

2^e INTERVENTION d'urgence dans une autre clinique. Cholécystostomie. Méchage péritonéal : trente-huit jours de clinique. Depuis persistance des crises sans ictère avec fistule intermittente.

3 février 1957. — 3^e INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

La fistule communique avec le fond de la vésicule. Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 15 mm contenant deux gros calculs. Extrémité effilée. Reflux dans le wirsung. Passage duodénal faible. Cholécotomie : Ablation des calculs. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 21^e jour.

10 février 1958. — Va très bien. Plus aucune crise douloureuse. Selles normales. Travaille plus qu'avant.

RADIO : Cholédoque 10 mm. Passage duodénal faible. Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux dans le wirsung ni de reflux baryté.

RESULTAT : Excellent.

N^o 57. — M^{me} B... Marguerite, 1893. D^r Assayas.

Fistule cholécysto-duodénale. Lithiase cholédocienne.

Mai 1956. — Troubles fonctionnels hépatiques.

Décembre 1956. — Ictère par rétention. T^o 40°. Amaigrissement 20 kg.

RADIO : Cholangiopneumie. Aucune opacification.

5 février 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule scléro-atrophique fistulisée dans le duodénum. Section fistule. Suture duodénum. Cholécystectomie.

CHOLANGIOGRAPHIE par le cystique : Cholédoque 15 mm. Gros calculs dans le cholédoque sus-duodénal. Pas de passage duodénal.

Cholécotomie : Ablation des calculs. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 20^e jour.

31 mars 1958. — A grossi de 23 kg.

RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux. Cholédoque 14 mm. RESULTAT : Excellent.

N° 58. — M^{me} T., Marie, 1894. D^r Meersman.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

1925. — Début des crises de coliques hépatiques.

1956. — Crises plus typiques, plus fréquentes. Urines foncées. Amaigrissement 6 kg.

RADIO : Vésicule non imprégnée contenant des calculs. Cholédoque 13 mm avec calculs. Imprégnation duodénale à la 40^e minute.

12 février 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie. Fistule cholécysto-cholédocienne avec calculs contenus dans une poche communiquant avec le cholédoque.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 18 mm.

Cholédocotomie : Extraction de plusieurs calculs et de boue spinctéroplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 19^e jour.

26 mars 1956. — Aspect parfait. Vie normale.

RADIO : Pas de cholangiopneumie. Reflux baryté discret. Cholédoque 11 mm.

RESULTAT : Excellent.

N° 59. — M^{me} V., Jeanne, 1888. D^r Hubaut.

Lithiase cholédocienne.

1949. — Début des crises d'aspect vésiculaire. Plusieurs fois par an, nécessitant la morphine.

1956. — Les douleurs s'accroissent, durent plusieurs heures avec vomissement. Urines foncées.

17 décembre 1956. — RADIO : Vésicule invisible contenant peut-être deux calculs. Cholédoque 15 mm présentant en amont une image claire.

TA. 24/12. Maigrit de 15 kg en un mois.

14 février 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule scléro-atrophique. Cholécystectomie.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 14 mm. Aspect filiforme de sa portion terminale. Pas de passage duodénal.

Cholédocotomie. Papiloplastie trans-duodénale. Extraction d'un calcul de 3 mm. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 16^e jour.

2 avril 1958. — « Cela a été un rêve ». Engraissée de 8 kg.

RESULTAT : Excellent.

N° 60. — M^{me} C., Marie-Joseph. 1894. — D^r Audoly.

Lithiase cholédocienne et vésiculaire.

1937. — Cholécystostomie dans une autre clinique.

1938. — Coliques hépatiques.

1946. — Ictère par rétention.
1956. — Crises de plus en plus fréquentes avec fièvre et frissons. Hypertension, 20/11, bien tolérée.
- 22 février 1957. — RADIO : Faible opacification d'une vésicule contenant de nombreux calculs. Cholédoque 10 mm. Calcul du bas cholédoque.
- 13 mars 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Cholécystectomie d'arrière en avant. Ligature d'un canal accessoire se jetant dans le fond de la vésicule.
- CHOLANGIOGRAPHIE par le cystique : pas de passage duodénal. Plusieurs calculs cholédociens. Cholécotomie : extraction des calculs. Papiloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque D. C. A.
- SUITES : Simples. Sort le 11^e jour.
- 6 mars 1958. — Va très bien. Petit régime pour sa tension.
- RADIO : Pas de cholangiopneumie. Pas de reflux baryté dans les voies biliaires. Pas de calcul. Cholédoque 10 mm visible dès la 15^e minute. Petite hernie hiatale par glissement. Petit diverticule para-vatérien.
- RESULTAT : Excellent. Obtenu immédiatement après l'opération.

N^o 61. — M^{me} P... Marie-Louise. 1905

Cholécystite lithiasique. Calculs du cholédoque.

- 6 juillet 1956. — Première crise colique hépatique. Evolution vers crises subintrantes avec subictère congonctival. Amaigrissement. Intolérance alimentaire importante.
- CHOLECYSTOGRAPHIE : Nombreux calculs intra vésiculaires.
- 29 mars 1957. — INTERVENTION. D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Calculs dans la vésicule. Cholécystectomie rétrograde sous séreuse.
- CHOLANGIOGRAPHIE : 2 calculs. Image en cupule du cholédoque terminal, pas de passage duodénal.
- Cholécotomie extraction de 3 calculs. Papiloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.
- SUITES : Simples. Sort le 15^e jour.
- Mai 1958. — RESULTAT : Excellent. Mange de tout. Reprise pondérale. Activité normale.

N^o 62. — M^{me} B... Pasqualine. 1912. — D^r March.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne opérée en cours d'ictère.

1952. — Crise de l'hypocondre droit se renouvelant tous les 6 mois. Irradiation scapulaire.
- 19 juillet 1954. — Crise plus violente. Ictère par rétention. T^o 38^o, 38,6.
- RADIO : Vésicule exclue.
- 4 août 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.
Vésicule scléro-atrophique contenant en particulier un calcul en voie d'accouchement dans le cholédoque. Une artère du calibre d'une radiale croise la base du cholédoque, disparaissant, ensuite, derrière la veine porte.

Il s'agit d'une hépatique à trajet anormal. Exploration cholédocienne par le cystique, sans cholédocotomie. On retire de multiples calculs, dont un enclavé dans la papille. Papilloplastie trans-duodénale D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 12^e jour.

16 avril 1958. — Ne se prive de rien. Santé rétablie. Stabilisée deux ans après l'opération.

RESULTAT : Excellent.

N° 63. — M^{me} M... Françoise. 1920. — D^r Mrozowicz.

Ictère par rétention.

Novembre 1954. — Coliques hépatiques trois fois en un an.

Septembre 1955. — Syndrôme péritonéal aigu traité par antibiotiques.

Janvier 1955. — RADIO : Vésicule exclue.

29 novembre 1955. — Douleurs s'installent en permanence et installation d'un ictère franc.

2 décembre 1955. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Adhérences sous-hépatiques très serrées. Vésicule contenant du pus. Cholécystectomie.

CHOLANGIOGRAPHIE : Par le cystique : pas de passage duodénal. Cholédoque 8 mm : arrêt cupuliforme au niveau du cholédoque terminal.

Cathétérisme par le cystique. Duodénotomie. Papilloplastie. Extraction d'un calcul comme un noyau de cerise D. C. A.

SUITES : Simples. Sort 14^e jour.

16 avril 1958. — Aucun régime. Vie normale.

RADIO : Canaux biliaires opacifiés à la 15^e minute. Calibre normal. Evacuations odyennes spontanées et nettes.

RESULTAT : Excellent.

N° 64. — M. R... Baptiste. 1903. — D^r Barre.

Lithiase cholédocienne et vésiculaire.

1952. — Douleurs attribuées à la vésicule.

1955. — Douleurs hypocondre droit de plus en plus intenses avec fébricule. Emphysémateux.

23 janvier 1956. — RADIO : D^r Chastanet. Vésicule exclue. Gros calcul vésiculaire de 15 mm.

7 février 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule pleine de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse.

CHOLANGIOGRAPHIE : Cholédoque 15 mm. Opacification des fines branches hépatiques. Pas de passage duodénal. Calcul dans l'ampoule de Vater.

Gros cystique permettant de passer la sonde de 3 mm. Duodénotomie. Papilloplastie. Ablation calculs et boue biliaire D. C. A.

SUITES : Normales. Sort le 12^e jour.

16 avril 1956. — RESULTAT : Excellent.

N° 65. — M^{me} G., Françoise. 1909. — D^r Bus.

Cholécystite chronique. Calcul du cholédoque. Hernie ombilicale.

1954. — Début des troubles à type de crises douloureuses de l'hypocondre droit se renouvelant irrégulièrement. En avril 1955, nouvelles crises suivies d'ictère type rétention, pendant 25 jours. En juin 1955, nouvelles crises douloureuses avec ictère. A son entrée à l'hôpital, fin janvier 1956, ictère léger.

7 février 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi. Cholécystectomie rétrograde. Cholédoque de 15 mm, contenant un calcul comme une olive. Cathétérisme par le cystique. Papilloplastie transduodénale, extraction du calcul. Sutures D. C. A.

SUITES : Simples. Sortie le 11^e jour.

Mai 1958. — RESULTAT : Excellent.

N° 66. — M^{me} B... Lucie. 1894. — D^r de Chanaleilles.

Lithias vésiculaire et cholédocienne.

1934. — Troubles digestifs à type de diarrhée avec syndrome douloureux épigastrique attribué aux voies biliaires. Un traitement médical permet une vie satisfaisante.

Octobre 1955. — Amaigrissement qui s'accroît.

16 février 1956. — RADIO : D^r Révillon. Cholédoque très dilaté. Vésicule lithiasique mal injectée. Pr. Vague pense à un obstacle oddien.

29 février 1956. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule pleine de calculs. Cholécystectomie d'arrière en avant sous-séreuse. On passe le cathéter de Dogliotti par le cystique. Papilloplastie. Exploration cholédocienne et extraction de petits calculs comme des grains de blé.

CHOLANGIOGRAPHIE : Pas de passage duodénal. Sur la sonde introduite

SUITES : Normales. Sort le 13^e jour.

16 avril 1958. — RESULTAT : Excellent.

N° 67. — M^{me} C., Fernande. 1891. — D^r Hubaut.

Ictère par rétention.

1955. — Coliques hépatiques avec vomissements très abondants de plus en plus rapprochés.

Février 1956. — Douleurs s'installent permanentes. T° 37,5-37,6.

17 avril 1956. — Ictère, selles presque complètement décolorées. Intolérance alimentaire. Urticaire fréquent.

RADIO : Voies biliaires invisibles.

INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Cholécystectomie d'arrière en avant. Cholédoque de la taille d'un index. Cystique admet le cathéter de 7 mm.

CHOLANGIOGRAPHIE : Pas de passage duodénal. Sur la sonde introduite dans le cystique : duodénotomie et découverte de la papille dans laquelle est engagé un calcul du volume d'un noyau de cerise. Papilloplastie D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 17^e jour.

16 avril 1958. — RESULTAT : Excellent.

N° 68. — M. M... Georges. 1890. — D^r Augier.

Calculs du cholédoque opéré en cours d'ictère.

1944. — Cholécysectomie. Depuis trois semaines ictère par rétention.

27 mai 1954. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Extraction par cholédocotomie d'un grand nombre de calculs. Dissection, exérèse d'un moignon cystique contenant 5 calculs. Sphinctéroplastie. Drain transpapillaire sortant par le cystique. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

SUITES : Simples. Sort le 22^e jour.

RESULTAT : Malade vivant. Pas de nouvelles précises.

N° 69. — M. F... 1892. — D^r Girard.

Ictère par rétention.

1918-1931. — Bacillose pulmonaire, actuellement stabilisée. Depuis 5 semaines, ictère par rétention.

15 juillet 1957. — RADIO : Cholédoque 15 mm. 2 gros calculs. Très mauvais état général.

29 juillet 1957. — INTERVENTION : D^r Barraya, an. D^r Miniconi.

Vésicule scléro atrophique contenant un calcul de 18 mm de diamètre.

Vésicule et cystique constituent une cavité scléro inflammatoire, à sa partie supérieure débouche l'hépatique.

Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Sonde de Nélaton transpapillaire extériorisation à la Voelcker. Suture primitive du cholédoque.

D. C. A.

D. C. D. 5^e jour. T° 40. Pouls 100. Urines 300. Collapsus circulatoire.



BIBLIOGRAPHIE

- (1) BARTLETT (K.-M.), et DERMOTT (W.), Jr. BOSTON. — Exploration of the Pancreatic Duct for Pancréatitits (*S. G. O. mars* 1957, vol. 104, n° 3, pp. 377-379, 1 fig.).
- (2) BARRAYA (L.), MINICONI (D.), OUSTRIC (J.-D.). — La fermeture primitive chirurgie habituelle du cholédoque (*Arc. des mal. de l'app. digestif*, tome 44, n° 2, février 1955, pp. 181-186).
- (3) BARRAYA (L.), MINICONI (D.), OUSTRIC (J.-D.) et BERG (A.). — Fermeture primitive du cholédoque (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, Journées méridionales de gastro-entérologie, Marseille, 7-8 mai 1955, pp. 112-113).
- (4) BARRAYA (L.), MINICONI (D.), OUSTRIC (J.-D.). — Cholédoques, anastomoses et sphinctéroplasties (*Evolution des Idées*, Marseille chirurgical, séance du 21 octobre 1956, année IX^e, n° 3, mai-juin 1957, pp. 418-420).
- (5) BOURGEON (B.), PIETRI (H.). — L'exploration intra-biliaire au bleu de méthylène, en chirurgie digestive (*Notes de technique chirurgicale de la presse médicale*, 1 vol., Masson 1958, pp. 97-99).
- (6) BOURDON (R.), MIALARET (J.) et COLL. — La spléno-portocholégaphie (*G. M. de France*, 1^{er} avril 1958, p. 697).
- (7) BOVE (Plinio), SAO (Paulo). — Inflammation de la papille de Vater (*Arc. des mal. de l'app. dig.*, tome 42, n° 9, septembre 1956, pp. 147-163, fig. et clichés).
- (8) CAROLI (J.), ANDRÉ (J.). — Les angiocholites urémigènes (*Revue Internationale d'hépatologie*, tome 3, année 1953, n° 2, pp. 215-284).
- (9) CAROLI (J.). — Les ictères par rétention (*Diagnostic médico-chirurgical*, Masson 1956).
- (10) CAROLI (J.), PORCHER (P.), PEQUIGNOT (G.), DE LATTRE (M.). — Contributions du radio-cinéma à l'étude du fonctionnement des voies biliaires de l'homme.
- (11) CACHERA (R.), CAROLI (J.), FAUVERT (R.). — Maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas (1 vol., Flammarion 1951).
- (12) CAROLI (J.), PORCHER, M^{me} GILLES, LEDOUX (J.), CHARPENTIER. — La place de l'angiocholégaphie intra-veineuse dans le diagnostic des affections de la voie biliaire principale (*Arc. des mal. de l'app. dig.*, tome 43, n° 3, mars 1954, pp. 285 à 304, 12 clichés).
- (13) CATTEL (R.B.), BENTLEY et COLCOOK (P.). — Fibrosis of the sphincter of Oddi (*Ann. of surg.* 136-6-937-1952).
- (14) CHAMPEAU (M.), PINEAU (P.). — Corps étrangers migrants intra-cholédociens (*Ann. de chirurgie*, vol. 11, juin 1957, n° 11-12, pp. 845-849).
- (15) CHAMPEAU (M.), PINEAU (P.). — Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson (1 vol., Masson 1952).
- (16) COLP (R.), DOUBILET et GERBER (I.-E.). — Endocholedochal section of the sphincter of Oddi (*Arc. surg.* 33, 696, 1936).
- (17) CORDIER, ARAC. — Etude anatomique sur les canaux pancréatiques (*J. de chir.*, août-septembre 1952, 68).
- (18) CRUCITTI (F.), PETRONIO (R.), Pr. PETTINARI. — Tecnica della coledo-

cotomia ideale supraduodenale (*Chirurgia e patologia sperimentale*, vol. 4, face 2, novembre 1956, 1276, 1293).

- (19) DEL VALLE (D.) et DONOVAN. — Choledoco Odditis retractil chonico concepto clinico quirurgio (*Arc. Argentinos de Ef. del App. Dig.*, 1, n° 4, 1926).
- (20) DIFFENBAUGH (W.-G.), STROHL (E.-L.). — Common bile Duct Exploration for Stones (*The surgical clinics of North America*, feb. 1955, vol. 35, n° 1, pp. 119-128).
- (21) DOGLIOTTI et FOGLIATTI. — Diagnostica et trattamento chirurgico delle ostruzioni et delle stenosi benigne della via biliare principale (*Minerva chirurgica*, 15 aprile 1953, pp. 261-272).
- (22) DOUBILET (H.) et MULHOLLAND (J.-H.). — The surgical treatment of reëcurrent acute pancreatitis by endocholedocal sphincterotomy (*S. G. O.*, 86, 295, 1948).
- (23) DOUBILET (H.) et MULHOLLAND (J.-H.). — Eight years study of pancreatitis and sphincterotomy (*J. A. M. A.*, 160-521, 1956).
- (24) DOUBILET (H.). — A new instrument to facilitete transduodenal sphincterotomy (*S. G. O.*, Vol. 98, May 1954, n° 5, pp. 634-635).
- (25) EDWARDS (L.-W.) ands LYNDWOOD HERINGTON (J.). — Closure of the common bile duct following its exploration (*A. of S.*, Feb. 1953, vol. 137, N° 2, pp. 189-194, 3 fig.).
- (26) FLANNERY (M.-G.), CASTER (M.-P.). — Congenital abnormalities of the Gallbladder 101 Cas (*S. G. O.*, Nov. 1956, vol. 103, n° 5, pp. 439-457).
- (27) GLEEN (Frank), JOHNSON (George). — Common Duct exploration in acute cholecystitis (*S. G. O.*, Feb. 1957, vol. 104, n° 2, pp. 190-199).
- (28) GOINARD (P.), PELISSIER (G.). — La sphincterotomie totale sans drainage cholédocien (*Ann. de chir.*, vol. 2, av. 57, n° 7-8, pp. 449-457, 10 clichés).
- (29) GOINARD (P.), PELISSIER (G.). — Chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage (*Ann. chir.*, août 1957, vol. 2, n° 15-16).
- (30) GOINARD (P.), PELISSIER (G.). — Tactique chirurgicale dans la lithiase de la voie biliaire (*Ann. de chir.*, septembre 1957, vol. 2, n° 17-18, pp. 1215-1223, 10 photos).
- (31) GOINARD (P.). — Evolution de la chirurgie de la lithiase cholédocienne (*P. M.*, 9 av., 58, 66, n° 28, p. 621).
- (32) LYNDWOOD HERRINGTON (J.), DAWSON (R. E.), EDWARDS H et EDWARDS (L. W.). — Further considerations in the evaluation of primary closure of the common bile duct following its exploration (*A. of S.*, feb. 1957, vol. 145, n° 2, pp. 153-161, 6 fig.).
- (33) HEPP (J.). Le drainage transpapillaire en chirurgie biliaire (*MAC.*, tome 77, n° 33-34, 5 décembre 1957, pp. 1030-1035).
- (34) HEPP (J.). — Un tire-papille souple (*P. M.*, 64, 31, 737, 1956).
- (35) HEPP (J.). — A propos du traitement chirurgical de la lithiase cholédocienne (*Mem. Acad. Chir.*, 79, 255, 1953).
- (36) JEANJEAN (R.). — Les états d'hypertomie du sphincter d'Oddi (*Thèse Lyon* 1944, in *Lyon Chir.*, janvier-février 1946).
- (37) JONES (S. A.) et SMITH (L. L.). — Transduodénal sphincteroplasty for Recurrènt Pancreatitis (*Ann. of surgical*, 136, 6, 937, 1952).

- (38) FEROLDI (J.). — La maladie du sphincter d'Oddi - Etude anatomo-pathologique de l'oddite sténosante (*Thèse Lyon* in *Lyon Chir.*, fév. 1946).
- (39) LAMY (J.) et MICHOTÉY (G.). — A propos de la duodénotomie en chirurgie biliaire (*Mem. Ac. Chir.*, tome 83, n° 27-28, 13-20 novembre 1957, pp. 858-867).
- (40) LEBRUN (G.). — *Thèse Paris*, 1954).
- (41) LEGER, LATASTE. — Le drainage du wirsung dans la pancréatite aiguë - Réflexion sur la pathogénie de cette affection (*P. M.*, 25 mars 1953, tome 61, n° 21, pp. 445-448, 5 fig.).
- (42) LEGER, LATASTE. — Le drainage du wirsung - Joue-t-il un rôle dans la pathologie du pancréas ? - Documents anatomique et radiologiques (*P. M.*, 24 février 1954, tome 62, n° 14, pp. 89-92, 17 fig.).
- (43) LEGER (L.) et LANGE (F.). — L'abord transduodéno-papillaire du cholédoque (*P. M.*, 61, 80, 1647, 1953).
- (44) LANGE (F.). — Abord transduodénal du cholédoque (*Thèse*, Paris, 1953).
- (45) LORTAT JACOB (J.-L.), RICHARD (C.) et MAILLARD (J.-N.). — Cholé-doscopie premiers résultats (*P. M.*, 24 août 1957, pp. 1, 4, 11).
- (46) MAHORNER (H.), BROWNE E. R.). — Résultats following transuodenal choledoco ampullostomy (*Ann. of surg.*, 141, 5, 573, 1955).
- (47) MALLET-GUY (P.), JEANJEAN (R.), FEROLDI (J.). — La maladie du sphincter d'Oddi (Hypertonie sphinctérienne, Oddite sténosante). (*Lyon Chir.*, tome 40, n° 5, septembre-octobre 1945).
- (48) MIRIZZI (P.). — Lithiase de la voie biliaire principale à propos de 520 cas, sous contrôle cholangiographique peropératoire (*M. A. C.*, 9 nov. 1955, p. 835, 2 fig.).
- (49) MORAN (J.-C.). — La papillostomie transduodénale comme traitement de quelques obstructions du cholédoque distal. (*Arc. des mal. de l'app. dig.*, 45, 4, 455, 1956).
- (50) MORIN et MONGES (A.). — Physiologie du duodénum (*Arc. mal. dig.*, Journées du gastro-entérologue français, 15-16 juin 1951, tome 40, pp. 185-205).
- (51) MOUCHET (A.), MARQUAND (J.), CAMEY (M.), GARCIN (J.-P.). — Pancréatites aiguës compliquant la chirurgie du cholédoque et le drainage transpapillaire (*M. A. C.*, tome 84, n° 12-13, 23-30 avril 1958, pp. 390-402).
- (52) MALLET GUY (P.) et JACQUEMENT (J.-P.). — Radioscopie per opératoire télévisée des voies biliaires (*Arc. des mal. de l'app. dig.*, juillet-août 1957, tome 46, n° 7-8, pp. 696-702).
- (53) POILLEUX (F.), QUILLET (R.). — Les dystonies biliaires (50^e Congrès Chirurgie, 1947).
- (54) QUENU (J.). — Traité de technique chirurgicale - T. V. foie - Voies biliaires - Pancréas (Masson, éd. Paris, 1942-1944).
- (55) RICHARD (C.-A.) et LORTAT-JACOB (J.-L.). — La cholé-doscopie - Endoscopie per-opératoire des voies biliaires (*Ann. de Chir.*, vol. 2, sept. 1957, n° 17-18, pp. 1.257-1.263, 2 fig.).
- (56) ROUX (G.), BAUMEL (H.). — Les indications chirurgicales dans le traitement de la lithiase vésiculaire (*Arc. mal. app. dig.*, Journées méridionales de gastro-entérologie, Marseille, 7-8 mai 1955).

- (57) ROUX (G.), MARCHAL (G.), BAUMEL (H.). — Réflexions sur le drainage de la voie biliaire principale (*Marseille chirurgical*, séance du 21 oct. 1956, Ann. IX, n° 3, mai-juin 1957, pp. 420-422).
- (58) ROUX G. — Diagnostic et orientation thérapeutique dans la lithiase biliaire (*Cahiers médicaux d'Auvergne*, n° 3, 1952).
- (59) ROUX (M.), DEBRAY, LE CANUET (R.). — Réflexions à propos de 260 observations de chirurgie biliaire sous contrôle radiomanométrique per-opératoire (*Mem. de l'Acad. de chir.*, mars 1953).
- (60) ROUX (M.), DEBRAY (Ch.) et LE CANUET (R.). — L'exploration radiomanométrique per-opératoire en chirurgie biliaire (*La vie médicale*, juin 1951, pp. 62-66).
- (61) ROUX (M.). — Diagnostic et orientation thérapeutique actuelle de la lithiase de la voie biliaire principale (*Pr. Méd.*, 1951, 59, pp. 897-898 (23 juin).
- (62) ROUX (M.) et RETTORI (R.). — Technique de la spinctérotomie oddienne (*Journal de chirurgie*, tome 72, n° 11, novembre 1956, pp. 761-777, 7 fig.).
- (63) RETTORI (R.). — La section du sphincter d'Oddi - Sphinctérotomie oddienne - Bases anatomiques et radiologiques - Techniques et résultats (*Thèse*, Paris, 1956, p. 191, Dactyl).
- (64) ROUX (M.). — Sur les dangers de la pancréatographie per-opératoire (*Mem. Ac. Chir.*, 24 avril 1951, tome 77, n° 14-15, pp. 442-445, 2 fig.).
- (65) ROUX (M.). — Sur le drainage transpapillaire en chirurgie biliaire (*Mem. Ac. Chir.*, 6 décembre 1952, tome 78, n° 4-5, pp. 152-153).
- (66) ROUX (M.), CONSTANT (Ch.). — Lithiase résiduelle de la voie biliaire principale (*Ann. de Chir.*, septembre 1957, vol. 2, n° 17-18, pp. 1.229-1.245, 22 fig.).
- (67) SATINSKY et KRON (S.-D.). — La voie thoraco-abdominale dans l'abord du canal cholédoque (*The American J. of Sur.*, vol. 84, juillet 1952, pp. 91-94).
- (68) SASSO-GOURDON. — La fermeture primitive - Chirurgie habituelle du cholédoque (*Thèse*, Montpellier, 1956). (Imprimée.)
- (69) SOUPAULT (R.), CHAMPEAU (M.). — Les indications opératoires dans la lithiase (*Mem. de l'Ac. de Chir.*, 11 mars 1953).
- (70) SOUPAULT (R.) et LEBRUN (G.). — Les écueils du drainage cholédocien externe (*P. M.*, tome 63, n° 28 et 34, pp. 575, 576, 709, 710 ; 20 avril 1955 et 11 mai 1955, 13 fig.).
- (71) SOUPAULT (R.). — Suture primitive du cholédoque sous drainage temporaire par sonde gastro-duodéno-cholédocienne (*Mem. de l'Ac. de Chir.*, 1955, n° 6, p. 207, séance du 2 février 1955).
- (72) SOUPAULT (R.), BUCAILLE (M.) et BACCHINI (L.). — La papillo-sphinctérotomie - A propos de 66 cas (*Ann. de Chir.*, juin 1957, n° 11-12, pp. 833-844, 5 fig.).
- (73) THOMSON (F. B.). — Residual stones in the biliary tracts (*S. G. O.*, July 1956, vol. 103, n° 1, pp. 78-84, 9 clichés).
- (74) WILDEGAUS (H.). — Endoscopie des voies biliaires - Technique et possibilités diagnostiques (*Analyses in Journal de Chir.* 1957, pp. 377-423).
- (75) WELCH (C. E.) (Boston). — Choledochotomy (*S. G. O.*, avril 1956, vol. 102, n° 4, pp. 495-496).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juin 1958,

Le Professeur,

G. ROUX.

Vu :

Montpellier, le 16 juin 1958.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 juin 1958.

Le Recteur,

J.-F. ANGELLOZ.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans
les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à
leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

